352

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0010vari_f3f5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles DANIEL

Né à Saint-Denis-de-Gastines (Mayenne), le 15 juillet 1885
Ancien externe des Hôpitaux et de l'hôpital des Enfants-Malades
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Valeur diagnostique & pronostique

DE LA TUBERCULINE CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. HUTINEL, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

MONSIEUR LE DOCTEUR FOLLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MONIET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

(Hôpital Laënnec, stage 1906-1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

(Hôpital Laënnec, stage 1906-1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

(*In memoriam*)

(Hôptal Necker, stage 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

(Hôpital Cochin, stage 1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET

Professeur agrégé

(Hôpital de la Charité, externat 1908-1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé

(Hôpital Beaujon, externat 1909-1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

(Hôpital Claude-Bernard, externat 1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

(Clinique d'accouchements Baudelocque, externat 1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET

(Hôpital Trousseau, externat 1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

(Hôpital des Enfants-Malades, externat 1911-1912)

A MONSIEUR NOBÉCOURT

Professeur agrégé

A MONSIEUR JULES LEMAIRE

Chef de clinique

A MONSIEUR HARVIER

Chef de clinique adjoint

A MONSIEUR TIXIER

Chef de laboratoire

A MONSIEUR MARCEL FERRAND

A MESSIEURS CUVILLIER ET VASSAL

Oto-rhino-laryngologistes

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

AVANT-PROPOS

Depuis longtemps chacun sait l'intérêt que porte M. le professeur Hutinel à la question : Tuberculose chez l'enfant. Les leçons cliniques du maître et les nombreuses recherches qu'il a inspirées à ses élèves, le prouvent surabondamment.

Pendant notre année d'externat à la clinique des Maladies infantiles, nous avons pu observer et suivre de nombreux enfants chez lesquels avaient été pratiquées des intradermo-réactions.

Intéressé par ce sujet, au point de vue diagnostique et pronostique, nous avons voulu en faire l'objet de notre thèse. Déjà M. le professeur Hutinel, en collaboration avec M. Tixier, M. Tixier en collaboration avec M. Paisseau, avaient traité certains points de cette matière, ce qui nous a singulièrement facilité la tâche.

En terminant nos études, nous voulons remercier M. le professeur Hutinel de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et l'assurer de toute notre reconnaissance, aussi bien lui que

ses collaborateurs et élèves, auprès de qui nous avons toujours trouvé le plus bienveillant accueil.

M. Nobécourt, M. Jules Lemaire et M. Tixier ont bien voulu s'intéresser à notre travail, et nous les en remercions bien sincèrement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Valeur diagnostique et pronostique

DE L'INTRADERMO-RÉACTION A LA TUBERCULINE CHEZ LE NOURRISSON

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Au Congrès de Berlin, le 8 août 1890, Koch faisait part de sa découverte de la tuberculine et présentait ce produit sur lequel tant d'espoirs se fondaient. N'espérait-on pas lui devoir la guérison de la tuberculose ?

Mais l'enthousiasme devait être de courte durée et des désastres suivirent les premiers essais thérapeutiques.

Au cours de son application cependant, des observations intéressantes avaient été faites. On avait remarqué notamment que les sujets traités présentaient des réactions générales plus ou moins vives à la suite de l'introduction de la tuberculine. Aussi dès 1890 Schreiber, puis Hénoch Epstein préconisent-ils son utilisation pour le diagnostic de la tuberculose. Mais bientôt on doute de sa spécificité et, tout en y gardant sa croyance, M. le professeur

Hutinel et ses élèves Gaffié et Bertherand, montrent que divers produits, l'eau salée physiologique notamment, provoquent des réactions générales analogues chez les sujets tuberculeux.

Certains auteurs cependant ne se découragent pas ; ils essaient de rendre moins violents les effets généraux produits par l'inoculation, et au Congrès de Munich, en 1899, Petrusky préconise à nouveau la tuberculine de Koch pour le diagnostic.

Toutefois la tuberculine se relevait lentement du discrédit où elle était tombée. Une orientation différente était nécessaire pour imprimer aux recherches un élan nouveau. Les travaux de Von Pirquet sur la cuti-réaction (8 mai 1907) attirent l'attention sur les réactions locales, et, à peu près à la même époque, en mai 1907, Eisner vante leurs grands avantages. Cherchant la technique la plus simple, c'est au niveau de la conjonctive qu'il instille la solution de tuberculine. Calmette, concurremment, arrivait aux mêmes conclusions et proposait le même procédé (15 juin 1907).

Cette méthode n'était pas sans graves inconvénients et, l'année suivante, Mantoux proposait l'introduction de la tuberculine dans le derme, méthode actuellement la plus employée avec la cuti-réaction.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES TUBERCULINES ET DES RÉACTIONS QU'ELLES DÉTERMINENT

1° Tuberculines

Nous n'avons parlé jusqu'alors que de la tuberculine en général, sans désignation plus précise ; mais, en réalité, depuis le produit initial isolé par Koch, de nombreuses tuberculines ont été essayées, tant dans un but diagnostique que thérapeutique. Pour comparer les résultats qu'elles ont fournis, il est utile de connaître les différences qui les séparent. Nous ne parlerons que des plus couramment employées.

Koch cultivait des bacilles humains sur bouillon de veau, additionné de 1 o/o de peptone commerciale et de 4, 5 o/o de glycérine. Il mettait à l'étuve quatre à six semaines, et concentrait jusqu'à réduction au 1/10 en volume, puis il filtrait sur porcelaine. C'est la tuberculine brute : *Alte tuberkuline Koch* (ATK).

Les essais thérapeutiques avec cet extrait glycé-

riné n'ayant donné que des échecs, Koch le modifia pour immuniser contre le microbe, et non plus seulement contre la toxine. Il tua les microbes en les faisant macérer pendant trois jours dans une solution déci-normale de soude, qu'il neutralisait ensuite et filtrait sur buvard. C'est la tuberculine alcaline TA. Mais son introduction sous la peau provoqua des accidents locaux sérieux.

Il préconisa alors un nouveau mode de préparation : on dessèche des cultures dans le vide, puis on triture au mortier. On laisse ensuite macérer dans l'eau, qui dissout une partie de ce mélange de microbes et de produits de culture. Au bout de plusieurs heures on centrifuge et on utilise seulement le culot boueux dénommé tuberculine résiduelle. Après dessiccation et pulvérisation nouvelle on remélange à l'eau et on additionne de 20 o/o de glycérine.

Maragliano et Nocard ayant eu quelques accidents infectieux à la suite de son utilisation, firent observer qu'elle renfermait des microbes banaux. Purifiée, on l'utilise exclusivement pour le traitement.

Pour le diagnostic on emploie l'ATK (ou ses dérivés), soit pure, soit plus souvent diluée dans du sérum physiologique.

Nous avons vu que Calmette préconisait la voie conjonctivale. Il importait dès lors de supprimer la glycérine qui entrait dans la composition des produits précédents. Nous empruntons au rapport de Péhu les grandes lignes de la préparation de cette tuberculine.

Il utilise des bacilles bovins (ce que lui reproche Eissner). Les cultures, de six semaines, sont stérilisées à 110 degrés pendant vingt minutes, concentrées au 1/10, puis précipitées par l'alcool à 95 degrés. Cette précipitation est répétée plusieurs fois pour purifier la tuberculine. On obtient ainsi une poudre blanche soluble dans l'eau. C'est la solution mère.

La tuberculine de l'Institut Pasteur a beaucoup de points communs avec celle de Calmette. On adjoint aux bacilles bovins des bacilles humains et on stérilise à 100 degrés, puis on concentre au 1/10, on obtient ainsi la tuberculine brute. On la laisse tomber goutte à goutte dans l'alcool à 80 degrés et le précipité ainsi obtenu est lavé à l'éther, puis desséché dans le vide. On le dissout dans cent fois son volume d'eau. C'est la solution délivrée aux médecins.

Beranek, pour éviter une cause d'erreur, supprime de son bouillon les peptones et les albumoses douées, comme on sait, de propriétés thermiques, et mélange les endo et les exotoxines qu'il dilue au 1/20 pour obtenir sa solution mère.

Ces produits, de préparation si différente, auraient besoin d'être dosés pour être comparables. Or, on n'a trouvé jusqu'alors aucun procédé de dosage tant soit peu exact. Eissner compte le nombre de cadavres de bacilles employés. Le contrôle d'état en Allemagne consiste en essais de la tuberculine sur le cobaye : 1 à 4 centimètres cubes, en injection sous-cutanée, doivent tuer en vingt-quatre heures un

cobaye de poids moyen, tuberculisé depuis quatre à six semaines, et déterminer des hémorragies autour des foyers et dans les ganglions tuberculeux.

2° Réactions générales

Les doses de tuberculine injectée sont des plus variables, de 2 centigrammes à 1/10.000 de milligramme dilués dans du sérum physiologique.

Quelques heures après l'injection on voit la température du malade monter brusquement, se maintenir quelque temps en plateau, puis redescendre rapidement.

En général, ces variations thermiques se produisent de six à dix-huit heures après l'injection. Elles impliquent la nécessité de prendre la température toutes les deux ou quatre heures au moins, ce qui n'est pas sans compliquer la technique.

En même temps que s'élève la température, une fatigue générale se manifeste, avec accélération du pouls et des mouvements respiratoires, inappétence, céphalée, vomissements même. Des convulsions et une réaction méningée ont été signalées chez les nourrissons.

Au niveau des foyers cutanés ou viscéraux on note des réactions congestives souvent très vives, et c'est là, au même titre que les reviviscences, un argument de grande valeur en faveur de la spécificité de la réaction.

L'épreuve à la tuberculine en injections sous-cutanées ne saurait avoir de valeur que chez les sujets apyrétiques. Aussi, son application nécessite-t-elle à ce point de vue, un examen préalable du malade. Celui-ci devra être couché quarante-huit heures avant l'injection, et sa température sera prise fréquemment. De plus, on ne devra considérer comme probantes que les ascensions dépassant 1 degré.

L'heure de l'injection influe beaucoup sur celle de la réaction dans un grand nombre de cas. Si on pratique l'injection le matin entre 7 et 8 heures, la réaction est précoce et se manifeste vers 5 ou 6 heures du soir. Mais si on ne la fait qu'à 10 h. 1/2 ou 11 heures du matin, la réaction n'apparaît plus dans la soirée, mais seulement le lendemain, quelquefois le matin, plus souvent le soir.

Sans être expliqués, ces phénomènes sont bien connus de tous ceux qui ont employé, sur une grande échelle, la tuberculine dans un but diagnostique, et seules jusqu'ici des hypothèses peuvent tenter de rendre compte de ces phénomènes.

Vraisemblablement, les choses doivent se passer de la façon suivante : la très légère élévation vespérale que l'on rencontre chez un individu normal, doit se préparer dans l'organisme longtemps avant son apparition. Ceci n'est qu'une hypothèse. Elle est peut-être vraie si l'on se rappelle que dans le paludisme l'accès commence en général trois heures avant l'apparition de la fièvre ; d'où la nécessité de donner de la quinine six heures avant l'apparition

de la température, puisque la quinine met environ trois heures à produire son effet. En ce qui concerne la tuberculine, les faits sont très vraisemblablement analogues. En injectant le produit le matin de bonne heure, vers 7 ou 8 heures, l'injection a le temps d'influencer l'organisme au moment où il prépare son élévation de température vespérale, et elle exagère cette ascension thermique. Au contraire, si on fait l'injection tard dans la matinée, vers 11 heures, la tuberculine est reçue dans l'organisme quand il a commencé son élévation thermique normale vespérale ; elle n'a plus d'action sur cette élévation parce qu'elle arrive trop tard et n'a d'action que sur celle du lendemain qu'elle exagère. C'est ce qui découle des observations qu'ont faites tous ceux qui, dans le service du professeur Hutinel, ont employé la tuberculine en injections sous-cutanées.

3° Réactions locales (1)

Cuti-réaction. — L'origine de la cuti-réaction n'est pas dans une simple constatation de hasard, et elle n'est pas un perfectionnement de la stich-réaction d'Eschrich que l'on observe à la suite de l'injection sous-cutanée de tuberculine. Ainsi que le rappelle

1. Les réactions coujonctivale, transcutanée, vaginale et urétrale et la stich-réaction ne sauraient nous intéresser ici, et nous n'étudierons que les deux méthodes employées chez le nourrisson, la cuti et l'intradermo-réactions.

Jules Lemaire dans sa thèse, Von Pirquet y est arrivé « par suite de déductions éminemment scientifiques et savantes ». Il avait observé que les sujets ayant subi une première vaccination jennérienne présentaient, lors d'une seconde vaccination, faite pendant la période d'immunité, une réaction beaucoup plus précoce, sous forme d'une petite papule. Il attribua cette réaction précoce à l'action des anticorps, et il fut amené ainsi à rechercher des faits analogues dans d'autres maladies infectieuses, dont la tuberculose. L'inoculation cutanée superficielle, faite avec une quantité minime de tuberculine, devait donner chez les tuberculeux une réaction cutanée précoce qui n'existerait pas chez les sujets non contaminés. Les résultats des expériences confirmèrent le bien fondé d'un pareil raisonnement.

Voici comment l'auteur conseille d'opérer : après asepsie de la peau, on fait en un point quelconque, mais plus ordinairement à l'avant-bras, au bras (région deltoïdienne ou bicipitale), à la face externe de la cuisse, trois scarifications légères, de 1 centimètre environ, en évitant de faire saigner. Ces scarifications parallèles doivent être distantes de 3 centimètres au moins pour que les réactions qui peuvent s'y manifester restent nettement distinctes. Sur l'une d'elles on dépose un peu de tuberculine, sur l'autre une goutte de glycérine ; la troisième reste témoin. Parfois on se dispense de faire la seconde épreuve, la glycérine n'amenant pas, à proprement parler, de réaction.

En fait de tuberculine, laquelle emploie-t-on, et à quelle dose? En France : une goutte de la tuberculine de l'Institut Pasteur à 1 o/o, ou la tuberculine brute (Marfan). En Allemagne : surtout l'ATK, diluée à 25 o/o (Von Pirquet, Wolff, Eissner).

La réaction positive, d'après Jules Lemaire, débute au bout de six à dix-huit heures et présente une morphologie variée. On peut constater :

a) Un simple érythème, sans induration, et ces cas doivent être considérés comme très douteux.

Les cas vraiment positifs s'accompagnent d'induration ; le plus souvent il y a :

b) Érythème papuleux avec induration sous-jacente;

c) Ou une papule variant du rose au rouge framboisé, souvent entourée dans ce dernier cas d'un halo fleur de pêcher.

Moins fréquemment on peut voir :

d) Une vésicule rappelant celle du vaccin jennérien.

Très exceptionnellement enfin, les auteurs signalent au centre de cette vésicule une escharification.

Cette réaction, plus rapide chez le nourrisson que chez l'adulte, atteint son maximum au bout de vingt-quatre à trente-six heures. Les lésions se pigmentent quelquefois pendant que l'induration diminue peu à peu, pour disparaître vers le quatrième ou le sixième jour. Puis, à son tour, la très légère pigmentation s'efface. Souvent même l'évo-

lution a moins de durée et tout a disparu au bout de trois jours.

La scarification témoin n'a présenté aucune réaction, sauf une rougeur très passagère des bords de la plaie. Au point inoculé, lorsque la réaction est négative, cette rougeur est un peu plus marquée, un peu plus durable, mais, point capital, jamais elle ne s'accompagne d'induration.

Il n'existe pas de phénomènes généraux, même légers, et la température ne varie pas après l'inoculation.

En dehors de la réaction décrite, il ne doit pas se produire de phénomènes locaux (lymphangite, adénite), qui traduiraient alors une infection secondaire, et il faudrait bien se garder de confondre ces réactions à des germes infectieux, avec une réaction positive à la tuberculine.

Certains auteurs ont signalé des accidents locaux analogues à de la tuberculose cutanée, apparaissant une quinzaine de jours après l'inoculation (Moro et Doganoff) et même un ulcère tuberculeux (Oppenheim, Pfandler, Von Pirquet). Ces accidents ont toujours été sans gravité et la guérison rapide.

Intradermo-réaction. — A Mantoux, de Cannes, revient le mérite d'avoir érigé en méthode l'introduction de tuberculine dans le derme. C'est en cherchant à évaluer la dose nécessaire à une réaction cutanée qu'il a été frappé de la supériorité de son

procédé, et qu'il a été amené à le conseiller aux lieu et place de la cuti-réaction.

Voici le mode opératoire qu'il indique : dans une seringue de Pravaz stérilisée, à piston réglable, et munie d'une fine aiguille de platine ou d'acier, on aspire une solution de tuberculine (1).

On désinfecte avec un tampon imbibé d'alcool la région choisie pour la piqûre, face externe de la cuisse, avant-bras ou région deltoïdienne.

On chasse l'air de la seringue et on amène la vis du piston de façon à pouvoir faire avancer celui-ci de l'épaisseur d'un tour de pas de vis, ce qui équivaut à une goutte de solution de tuberculine.

Pinçant légèrement la peau, on enfonce l'aiguille à peu près parallèlement, le plan du biseau tourné vers la surface. On voit ainsi par transparence l'orifice de l'aiguille. Lorsque celle-ci a pénétré de quelques millimètres on pousse le piston et on voit se former une petite boule d'œdème « analogue à cette perle de verre qui sert de tête à certaines épingles ».

On retire l'aiguille en la laissant adaptée à la seringue ; il suffit de la stériliser par chauffage et de reculer l'écrou de sûreté d'un tour de pas de vis pour être prêt à inoculer un nouveau sujet. Faite avec cette simplicité, l'intradermo-réaction est au moins

---

1. La solution de tuberculine employée dans le service de M. le professeur Hutinel est obtenue en diluant la solution mère de l'Institut Pasteur dans 49 fois son volume d'eau salée physiologique.

aussi rapide que la cuti et elle n'est pas plus douloureuse. Nous verrons plus loin qu'elle lui semble cliniquement supérieure.

Mantoux indiquait aussi une légère modification à ce procédé. Elle consistait à faire pénétrer plus profondément l'aiguille pour la ramener dans le derme, de la profondeur vers la surface. Ce procédé ne nous a pas paru faciliter l'inoculation et il est peut-être plus douloureux.

En réalité, l'intradermo-réaction n'est qu'une cuti-réaction modifiée. Au lieu de mettre le derme à nu pour y déposer la toxine, on le laisse en ce point recouvert de son épiderme. Ce fait explique, en même temps que leur presque égalité de valeur, la grande similitude des phénomènes locaux qu'elles provoquent.

Au bout de quelques heures la peau rougit au point inoculé, s'infiltre, et une papule fait bientôt saillie. C'est au bout de trente-six à quarante-huit heures que cette réaction cutanée atteint son maximum. La papule s'est élargie jusqu'aux dimensions d'une pièce de 50 centimes ou 1 franc, pouvant même atteindre une étendue plus considérable, celle d'une pièce de 5 francs.

La papule est rouge, rosissant à la périphérie, et présente ordinairement à son centre une zone plus pâle qui lui donne l'aspect d'un élément urticarien. La teinte est plus ou moins foncée, du rouge vineux au rose foncé, et parfois au pourtour de la base de la papule, sur une étendue variable, on voit un cercle

« fleur de pêcher » qui va en s'atténuant vers la périphérie.

Chauffard et Troisier, puis Gastinel et Thibierge ont signalé une réaction sous forme d'érythème noueux, et ce fait n'est pas sans intérêt. Cependant il ne saurait impliquer l'origine tuberculeuse de ce phénomène dans tous les cas. Il n'y faut voir là qu'un mode de réaction à une toxine déversée au niveau de la peau, sans augurer, de la nature même de cette toxine.

L'évolution de l'intradermo-réaction est sensiblement de même durée que celle de la cuti. Après avoir atténué peu à peu ses teintes, la papule regresse et au bout de quatre à six jours la trace de la piqûre est à peine visible.

Pas plus qu'avec la cuti il n'existe de phénomènes généraux et aucun accident local n'a été noté (1).

Il ne nous semble pas utile d'entrer ici dans la discussion de la valeur spécifique des réactions à la tuberculine. Péhu, dans son rapport à la Société française de Pédiâtrie (2e session, nov. 1911), a traité la question d'une façon fort impartiale. Sans doute, on a signalé des cas où cette spécificité semble en défaut, mais ils sont exceptionnels et ne sauraient infirmer sérieusement la valeur de la méthode. Ainsi que le font remarquer M. le professeur Hutinel et

1. Nous ne saurions en effet attribuer à l'intradermo-réaction l'accident local infectieux que Comby a pu constater.

Tixier dans leur rapport au Congrès de tuberculose de Rome (avril 1912), aucune de nos méthodes de laboratoire n'est à l'abri d'une semblable critique. Et pourtant nous basons journellement sur elles des diagnostics cliniquement fort hésitants.

Cette spécificité admise, mettons en parallèle la cuti et l'intra dermo-réaction. Chacune d'elles a ses partisans. Pourtant, les travaux récents tendent, nous l'avons dit, à accorder une légère supériorité à la méthode de Mantoux.

Ainsi concluait Nobécourt, en collaboration avec Apteckmant, après avoir fait des deux procédés une étude comparative.

C'est aussi l'opinion de Lereboullet et celle de Macé de Lepinay dans le rapport publié par ce dernier au *Bulletin et Revue de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, le 25 mars 1909 : sur 150 enfants inoculés, cent quarante-trois fois la cuti et l'intra dermo-réaction lui ont donné des résultats concordants. Sept fois la cuti-réaction s'est montrée négative, alors que l'intra dermo-réaction était nettement positive. Or, dans trois de ces cas, l'autopsie a décelé la tuberculose, dans les quatre autres elle était cliniquement certaine. Enfin, dans 9 autres cas, la cuti-réaction a été beaucoup moins nettement positive que l'intra dermo-réaction.

Actuellement, dans le service de notre maître M. le professeur Hutinel, l'intradermo-réaction est seule employée.

CHAPITRE III

VALEUR DIAGNOSTIQUE

Nous connaissons maintenant la tuberculine et la technique de son application au diagnostic de la tuberculose ; il nous reste à savoir quel crédit nous devons lui accorder.

Il est bien minime, à en croire les auteurs qui ont expérimenté seulement chez l'adulte. La réaction est en effet le plus souvent positive, d'autant plus fréquemment que le sujet est plus âgé.

Négative souvent chez les tuberculeux cachectiques, elle n'indique pas avec certitude, lorsqu'elle est positive, une tuberculose en activité. Et si elle ne fait que traduire ce fait qu'à un moment donné, lointain déjà peut-être, l'organisme a dû entrer en lutte avec des bacilles tuberculeux, il faut avouer qu'un tel renseignement ne diminue guère notre embarras en face d'un diagnostic hésitant.

Tout autre est l'opinion des pédiâtres :

Heidelberg estime que la recherche des réactions défensives contre la toxine du bacille de Koch est le seul moyen de dépister la tuberculose latente dans le jeune âge.

« Les résultats fournis par les méthodes de dia-

gnostic tuberculinique sont entièrement valables quand il s'agit de la première enfance » (Péhu).

On voit, en effet, diminuer le pourcentage des réactions positives à mesure qu'on s'approche de la naissance. Fait logique, car le nourrisson a d'autant plus de chances d'être indemne qu'il est plus jeune. Nous ne voulons pas soulever la question de l'hérédité de la tuberculose, car il semble actuellement prouvé que si elle existe, elle n'est qu'un fait très exceptionnel. Et si l'on accorde à la tuberculine chez le nouveau-né quelque valeur diagnostique, la constance des réactions négatives devient un argument sérieux en faveur de la non contamination *in utero*.

Expérimentant chez des nouveau-nés enlevés aussitôt au milieu familial et placés dans une crèche, Marguerite Duval (*Thèse de Montpellier*, janvier 1910) n'a obtenu aucune réaction positive sur 82 inoculations.

Plus convaincante encore cette autre statistique de Paludi : 195 nouveau-nés inoculés présentent tous une réaction positive, tandis que 126 de leurs mères réagissent positivement.

Citons encore la statistique de Bruswanger qui sur 40 nouveau-nés n'obtient, lui aussi, que des résultats négatifs.

D'autre part, il est exceptionnel d'avoir des réactions positives au-dessous de trois mois, au dire de certains expérimentateurs. Ayant employé la cutiréaction sur 147 enfants âgés de moins de trois mois,

Von Œrquet n'obtient aucune réaction positive. Il en conclut qu'au-dessous de cet âge jamais la réaction n'est positive.

Mais certains auteurs, Colm, Von Pirquet, interprètent autrement cette rareté des réactions positives chez les tout jeunes enfants. Elle ne tient pas tant pour eux, à l'absence de lésions chez ces enfants, qu'à l'inaptitude où est encore leur organisme à réagir.

Pourtant, sur 10 nourrissons de moins de trois mois, tuberculeux avérés, Paisseau et Tixier ont obtenu six réactions positives. Il ne faut donc pas refuser à ces jeunes organismes toute faculté de réagir. Mais il faut reconnaître, en faveur de l'hypothèse précédente, que le pourcentage des tuberculeux ne réagissant pas diminue avec l'âge, et de trois à six mois, Paisseau et Tixier signalent 23 o/o de réactions négatives au lieu de 40 o/o dans les trois premiers mois. L'opinion de Colm reste donc admissible pour certains cas « d'autant que nous trouvons dans d'autres branches de la médecine de nombreux exemples, témoignant de la lenteur des réactions humorales à s'établir. Les agglutinations tardives ne sont pas exceptionnelles dans la dothiénentérie, et pour la syphilis ne sommes-nous pas habitués à voir s'écouler plusieurs semaines entre le jour de la contamination et le moment où une réaction de Wassermann se montre franchement positive ». (*Rapport de M. le professeur Hutinel et de Tixier au Congrès de Rome* (avril 1912).

Le pourcentage des réactions positives cherchées non plus seulement chez les tuberculeux avérés, mais chez les nourrissons en général, subit la même proportion croissante avec l'âge.

Fur signale encore o réaction positive sur 70 enfants de moins de six mois.

Paisseau et Tixier	Nombre des cas	Réact. +	Réact —	Pourcentage des +
De la naissance à 3 mois.	164	12	152	7,7 o/o
De 3 mois à 2 ans.....	666	141	525	21 o/o

Langstein obtient un seul cas positif sur 100 vacinés de moins de douze mois.

	Pourcentages
Aronade : 1 + sur 47 inoculés de moins de 12 mois, soit :.....	2,1 o/o
Riestchl : 1 + sur 80 inoculés de moins de 12 mois, soit :.....	1,2 o/o
Jules Lemaire : 28 + sur 134 inoculés de moins de 2 ans, soit :.....	20,8 o/o
Mantoux, chez les nourrissons de 1 à 2 ans.....	16 o/o
Banza : chez les nourrissons de la naissance à 2 ans..	14,5 o/o
Hauburger : chez les nourrissons de la naissance à 2 ans.....	9 o/o

Voici les chiffres que nous avons obtenus en analysant les résultats fournis par l'intradermo-réaction

chez les nourrissons du service de M. le professeur Hutinel :

De 0 à 3 mois	70	inocul.	6	réact.	+	soit :	8,05	o/o
De 3 à 6 mois	90	—	8	—	+	—	8,8	o/o
De 6 mois à 1 an	102	—	23	—	+	—	22,5	o/o
De 1 an à 2 ans	100	—	41	—	+	—	41	o/o

Les résultats obtenus par les différents auteurs sont, comme on voit, loin d'être identiques. Mais il faut bien savoir que les expérimentations n'ont pas été faites dans un même pays, ni surtout dans des milieux comparables. Tantôt les sujets ont été pris parmi les enfants d'une crèche, d'un asile, milieux relativement sains, tantôt au contraire parmi les petits hospitalisés, amenés là souvent pour tuberculose et qui, de ce fait, devaient fournir un pourcentage beaucoup plus élevé.

Il ne faut donc pas chercher dans la comparaison des statistiques le critérium de la valeur diagnostique de la tuberculine. Ce qu'il faut, c'est la juger par rapport à un autre mode d'investigation donnant des certitudes, et le seul, peut-on dire, que nous possédions, c'est l'autopsie. Or, voici les résultats obtenus par Kuss (*Thèse de Paris*, 1898).

De 0 à 1 an.....	5 o/o	de tuberculose
De 1 à 2 ans.....	24 o/o	—
Soit de 0 à 2 ans.....	14,5 o/o	—

chiffres qui concordent sensiblement avec ceux que fournissent l'intradermo et la cuti-réaction faites dans

le milieu hospitalier, comme le montrent les statistiques établies par Paisseau et Tixier, et les nôtres.

N'est-ce pas la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'excellence de la méthode.

Il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre de nourrissons, incontestablement tuberculeux, ne réagissent pas à la tuberculine.

C'est ainsi que Dufour, Cottenot et Meaux, Saint-Marc signalaient dans *le Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (30 avril 1909), le cas d'un enfant de onze mois chez qui la réaction faite quarante jours avant la mort fut nettement négative. L'enfant mourut cependant de granulie, et à l'autopsie on constata l'existence de vieilles lésions ganglionnaires.

Riestchel n'obtient de même aucune réaction par la méthode de Pirquet chez deux tuberculeux avérés.

Enfin nous avons mentionné tout à l'heure que chez 4 nourrissons, au-dessous de trois mois, tuberculeux avérés, Paisseau et Tixier n'avaient pu obtenir de réaction positive. et nous publions d'autre part les observations de 5 nourrissons tuberculeux n'ayant pas réagi.

Des cas analogues ont été rapportés en grand nombre. Lors de la deuxième session de l'Association française de Pédiâtrie, à la suite du rapport de Péhu, Barbier prenait part à la discussion et se montrait fort peu confiant en la tuberculine. « Chez le nourrisson, disait-il, l'intradermo-réaction nous avait paru infidèle, car sur 46 cas nous n'avions eu

que 8 cas positifs, et dans 4, vérifiés par l'autopsie, nous avions trouvé 2 cas de tuberculose avérée chez des nourrissons où l'intradermo-réaction s'était montrée négative. Nous avions admis, d'après nos observations, que chez ceux-ci cette épreuve n'avait de valeur que si elle était positive.

» Dans les formes aiguës, granulie, broncho-pneumonie, méningite tuberculeuse, tous cas confirmés par l'autopsie, nous n'avions obtenu que 6 cas positifs sur 16; il nous avait donc paru que dans les formes aiguës de la tuberculose, l'intradermo-réaction était un moyen de diagnostic infidèle, sur lequel on ne pouvait compter pour éclairer le diagnostic. Les phtisiques cachectiques ne réagissent qu'exceptionnellement. »

Ces réflexions de Barbier sont parfaitement justes. On voit des tuberculeux avérés fébricitants ne pas réagir, et d'autres donner un résultat positif. Ceci n'a rien qui doive surprendre et troubler le clinicien. Il y a longtemps que l'on sait qu'en moyenne, dans 50 o/o des cas, les réactions sont soit positives, soit négatives, chez les tuberculeux avérés fébricitants, chez les tuberculeux cachectiques, fébricitants ou non, et que la cuti-réaction faite avec une solution à 25 o/o est presque toujours négative chez les tuberculeux dans les dix jours qui précèdent la mort. C'est ce que Von Pirquet avait montré dans un grand nombre d'observations dès 1907, et c'est ce que Jules Lemaire a confirmé dans sa thèse en apportant de nouvelles observations.

Mais, à en juger par les quelques cas que nous avons pu voir et noter, il semble que la localisation méningée n'empêche pas (comme elle le fait chez l'adulte, a en croire les auteurs) la réaction d'être positive. Ainsi sur 20 cas de méningite tuberculeuse, cliniquement indéniable, et dont 7 cas ont été suivis d'autopsie, nous avons eu 17 réactions positives, soit 85 o/o.

Et dans 3 autres cas où la clinique hésitait entre méningite tuberculeuse et trombose des sinus, la réaction a été négative et l'autopsie n'a permis de découvrir aucune lésion tuberculeuse. Par contre,la réaction est nettement empêchée dans la rougeole, simplement retardée dans la pneumonie, la broncho-pneumonie, la typhoïde. La coqueluche, les troubles gastro-intestinaux ne semblent pas l'influencer.

On voit donc qu'il est des cas où la réaction à la tuberculine est négative, malgré l'atteinte certaine de l'enfant par le bacille de Koch.Cette constatation enlève un peu de son crédit à une réaction négative, et tous les pédiâtres sont d'accord pour faire une énorme différence entre les valeurs diagnostiques d'une réaction négative et d'une réaction positive.

« Sauf très rare exception, dit Comby, quand la cuti-réaction est nettement positive on peut affirmer la tuberculose. Tout en tenant compte des anomalies, il faut continuer à se servir de la tuberculine qui paraît être d'une utilité réelle pour le diagnostic de la tuberculose infantile. »

C'est aussi l'avis de Marfan qui, lui, garde toute sa confiance. Il a pourtant constaté une réaction positive chez deux enfants sans que l'autopsie ait pu révéler la moindre trace de tuberculose. Hugo Nottmann ayant fait des constatations analogues, puis Bauer, puis Engel, Bernheim Karrer a cherché l'explication de ce fait dans une « hypersensibilité aspécifique et spécifique » de la peau, notamment au cours d'eczéma, d'impétigo, d'éruptions diverses. Cette hypersensibilité de la peau à la tuberculine se manifesterait par l'éclosion, soit au point inoculé, soit dans le voisinage (réaction disloquée de Moro) de papules analogues à celles de l'intradermo-réaction, peut-être plus fugace.

Ces cas sont trop exceptionnels pour infirmer sérieusement l'importance diagnostique d'une réaction positive. Les statistiques publiées sont d'ailleurs fort impressionnantes :

D'après M. le professeur Hutinet et Tixier, les indications erronées sont seulement de 2 à 3 o/o.

Sur 100 vaccinations, Langstem n'obtient qu'un résultat positif, vérifié par l'autopsie.

Fur, sur 42 enfants de six à douze mois, obtient 3 réactions positives chez 3 tuberculeux avérés.

Aronade, sur 47 enfants de moins de douze mois, obtient une réaction positive ; l'enfant était atteint de tuberculose du genou.

Riestchel, sur 80 enfants au-dessous d'un an, obtient une réaction positive dans un cas de tuberculose certaine.

Enfin, nous verrons plus loin, à propos de la valeur pronostique de la tuberculine, que l'immense majorité des nourrissons ayant présenté une réaction positive, sont condamnés à bref délai, solide argument de plus en faveur de la spécificité de la réaction.

Et si une réaction positive chez un tout jeune enfant comporte un pronostic aussi grave, c'est que, presque toujours, elle décèle non pas une lutte antérieure, terminée à l'avantage de l'organisme, comme c'est souvent le cas chez l'adulte, mais une lutte actuelle, et l'on sait combien la tuberculose, évoluant sur ce terrain presque sans défense, a facilement l'avantage. « Le nourrisson réagit à la tuberculose comme le cobaye », répète bien souvent le professeur Hutinel dans ses leçons familières.

Il était donc pour nous d'un moindre intérêt de savoir s'il était possible de distinguer par une des méthodes d'application de la tuberculine, entre une tuberculose active et une tuberculose latente. Pourtant, chez le nourrisson, une semblable distinction aurait encore grande valeur et peut-être expliquerait-elle les quelques exceptions notées quant à la quasi-fatalité du pronostic chez les sujets de moins de deux ans.

Chez l'adulte, elle est nécessaire pour rendre un peu de son crédit à la tuberculine envisagée comme moyen de diagnostic, et l'on comprend que depuis plusieurs années de sérieuses recherches aient tenté de solutionner la question.

Eissner, le grand défenseur de la réaction con-

jonctivale, prétend que cette méthode ne donne de résultat positif que dans le cas de tuberculose en évolution. Malheureusement bien des observations semblent infirmer cette assertion, et les faits sont fréquents de réaction positive chez l'adulte sans que l'examen clinique le plus minutieux ait pu déceler de lésions, ni au moment de l'inoculation, ni assez longtemps après. D'ailleurs, la méthode de Wolff Eissner présente,quoi qu'il en dise, de réels dangers qui interdisent son usage chez le nourrisson.

C'est donc à la cuti et à l'intradermo-réaction qu'il convenait de faire appel et Benker semble avoir obtenu des résultats intéressantes dans cette voie ; il les publiait en décembre 1911 dans un article de *Interstate medical Journal.* « Les réactions à la tuberculine et leurs valeurs comparatives comme moyen de diagnostic ».

Il s'est adressé à l'intradermo-réaction et la pratique suivant les règles qu'a posées Mantoux (nous les avons mentionnées à propos de cette méthode). Mais au lieu d'injecter une quantité fixe d'une seule solution de tuberculine, il utilise cinq solutions différentes, dont une témoin, solution de phénol à 1 pour 200. Voici quelles sont les quatre solutions de tuberculine :

A) Solution OT à 1 pour 10.000
B) Solution OT à 1 pour 1.000
C) Solution OT à 1 pour 100
D) Solution OT à 1 pour 10

Il fait donc cinq piqûres, distantes chacune de 5 centimètres. Il injecte lentement dans le derme 1/10 de centimètre cube de chacune des solutions précédentes.

La réaction, lorsqu'elle est positive, évolue comme dans la méthode de Mantoux ; elle est manifeste au bout de douze à vingt-quatre heures suivant le cas, et atteint son maximum d'intensité vers quarante-huit heures. A ce moment, on observe un petit tubercule central entouré d'une zone rouge de 1 à 2 centimètres se détachant graduellement du tissu sain.

Benker pense que les conclusions suivantes sont, quant à présent, applicables jusqu'à ce que des méthodes meilleures aient fait leurs preuves :

1° On peut mettre en évidence par l'intradermoréaction, avec des doses de 1/10.000 à 1/100 de milligramme de tuberculine, presque tous les cas douteux et tous les cas de tuberculose active ;

2° Si après inoculation de 1/10 de milligramme la réaction reste négative on peut exclure la tuberculose même latente ;

3° Des réactions produites par les injections de 1/10 et 1/100 de milligramme, nous pouvons seulement conclure qu'il y a de la tuberculose latente.

Il manque à cette expérimentation de nouveaux contrôles avant qu'il soit permis de conclure à sa valeur.

Il semble, en effet, que la facilité avec laquelle l'organisme répond par une réaction locale à l'intro-

duction de toxine, soit plus en rapport avec ses facultés défensives qu'avec le degré des lésions tuberculeuses. Et si la réaction positive garde un pronostic si sérieux chez les tout petits, c'est, nous l'avons dit, que la tuberculose à cet âge est presque toujours fatale malgré les quelques résistances qu'elle peut rencontrer.

CHAPITRE IV

VALEUR PRONOSTIQUE

Ici, diagnostic et pronostic grave sont donc intimement liés. Chez l'adulte, il en est tout autre, Loin d'avoir un pronostic défavorable, une réaction nettement positive indique la défense énergique de l'organisme contre la tuberculose et fait espérer que le sujet sortira vainqueur de la lutte engagée. C'est l'opinion de tous les cliniciens. Jousset la traduisait dans une récente leçon en disant : « La cuti-réaction va toujours de pair avec la résistance de l'organisme. Elle, est en un mot, le baromètre de la tuberculose. Plus elle est forte, plus on doit espérer (1).

» Par contre, chez le nourrisson tuberculeux, une réaction négative est de très mauvais aloi ; elle indique une issue rapidement fatale. Une réaction très forte est, au contraire, de bon augure. Par contre, une réaction simplement positive n'a aucune

1. Léon Bernard et Baron viennent de publier dans *la Presse médicale* (12 juin 1912) un article sur la valeur pronostique de la tuberculose chez l'adulte. Leurs conclusions, basées sur un grand nombre d'observations, confirment pleinement celle de Jousset.

signification pronostique, et de fait, vous observerez fréquemment des cuti bien franches au cours de maladies qui ne pardonnent guère, comme la granulie et la méningite. Il semble donc que, chez l'enfant, la réactivité soit à maladie égale beaucoup plus forte que dans un âge plus avancé. »

Nous admettons sans réserve une pareille opinion pour ce qui a trait aux très jeunes tuberculeux. Il faut, en effet, pour qu'un nourrisson tuberculeux ne réagisse pas, qu'il soit sur le point de succomber, et dans ce cas, sauf de très rares exceptions, le diagnostic clinique de tuberculose a pu être posé, à moins qu'on n'ait pas eu l'occasion d'examiner l'enfant avant cette période ultime de sa maladie.

Mais si au lieu d'envisager la réaction d'une façon exclusive chez les nourrissons tuberculeux, on l'étudie chez les nourrissons en général, ses indications pronostiques changent totalement. En effet, beaucoup de ces jeunes enfants ont pu échapper encore à la contamination s'ils se sont trouvés dans un milieu sain dès leur naissance. Et alors ils ne réagissent pas à la tuberculine, mais cette absence de réaction a le plus heureux pronostic puisqu'elle traduit alors la non atteinte de l'organisme.

D'autre part, on peut admettre, nous l'avons vu, qu'une réaction positive chez un nourrisson indique tuberculose latente ou active, et c'est pour ce motif qu'elle implique un pronostic si grave.

D'après une statistique de Colm, sur 18 enfants contaminés dans la première année, 16 moururent

avant d'avoir atteint le douzième mois, les deux autres après un an et demi ne présentaient pas de signes de tuberculose généralisée.

M. le professeur Hutinel et Tixier dans leur rapport au Congrès de Rome (avril 1912) publient une statistique non moins probante : « Sur 39 enfants régulièrement suivis 35 ont succombé moins d'un mois après l'intradermo-réaction; 3 sont morts entre deux mois et demi et trois mois et demi. Un seul a survécu et fut perdu de vue quatre mois après notre examen. »

C'est dire assez la gravité de la tuberculose à cet âge; il y a pourtant des exceptions. Faut-il les attribuer à une guérison ou à une rémission de la maladie ou à une indication erronée de la tuberculine. L'une et l'autre cause se partagent sans doute les cas, mais très inégalement, semble-t-il, en faveur de la première.

Nos observations sont parfaitement d'accord avec les statistiques déjà publiées. Voici les chiffres qu'elles nous donnent :

Sur 80 nourrissons ayant réagi d'une façon positive à la tuberculine, 51 sont morts dans un délai variant de deux jours à neuf mois après la réaction.

Dix-huit enfants seulement ont survécu. Encore quelques-uns de ceux-ci n'ont-ils pu être suivis plus de deux mois, et certains étaient très malades à ce moment. Enfin 11 autres n'ont pu être suivis après leur sortie du service.

On obtient donc une moyenne de 73, 9 morts pour 100 chez les nourrissons ayant réagi positivement,

tandis que les réactions négatives donnent seulement un pourcentage de 41,5 morts.

En résumé, deux grandes divisions sont à faire : nourrissons ayant une réaction négative ; nourrissons ayant une réaction positive :

A) *Réactions négatives.— a*) Les uns ne réagissent pas, parce qu'ils ne sont pas contaminés. Bon pronostic de ce fait. Mais il est clair qu'ils peuvent être enlevés par une affection autre que la tuberculose ;

b) Les autres ne réagissent pas parce que leurs défenses sont inhibées, soit du fait d'une maladie aiguë, soit du fait de leur état cachectique, que celui-ci soit dû à la tuberculose ou à une autre cause. Dans ce cas, si la cause empêchante est une maladie aiguë, telle que la rougeole par exemple, aussitôt la période fébrile passée, la réaction pourra devenir positive ou rester négative, et reprendre alors sa valeur pronostique. Si, au contraire, il s'agit d'un cachectique, la clinique à elle seule fera le diagnostic et le pronostic, et il est bien peu de cas où la réaction pourrait lui être vraiment utile.

B) *Réactions positives.* — A part quelques rares exceptions, peut-être chez des sujets à peau hypersensible (hypersensibilité aspécifique et spécifique de Bernheim Karrer), ou chez des hérédo-syphilitiques, la réaction positive signifie toujours tuberculose. Moins sûrement fatal que celui d'une réaction négative chez un tuberculeux, le pronostic reste toujours très grave ; il peut varier cependant dans une assez

large mesure, suivant qu'il s'agit de tuberculose latente ou active. Mais la méthode de Mantoux ne suffit pas, nous l'avons dit, à différencier ces deux états.

Peut-être est-il réservé à la méthode de Benker de faire ce diagnostic délicat, et nous aurons alors, sans doute, l'explication de ces réactions positives à longue survie, comme nous en signalons quelques-unes parmi nos observations.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Dans le service de M. le professeur Hutinel nous avons pu recueillir 436 observations d'intradermo-réactions chez des nourrissons n'ayant pas dépassé deux ans.

Sur ces 436 inoculations, 356 ont eu un résultat négatif et 80 un résultat positif.

Chez les nourrissons au-dessous d'un an, nous avons trouvé 256 réactions négatives et 37 réactions positives, soit 14,4 o/o de réactions positives.

Chez les nourrissons de un à deux ans nous avons : 100 réactions négatives et 41 réactions positives, soit 29 o/o de réactions positives.

Au point de vue du rapport de la mortalité et de l'intra-dermo-réaction, nous obtenons les chiffres suivants :

De la naissance à un an :

Sur 256 réactions négatives.....	123 décès,	soit	47,8 o/o
Sur 37 — positives.....	30 décès	—	81,08 o/o

De un à deux ans :

Sur 100 réactions négatives.....	25 décès,	soit	20 o/o
Sur 41 — positives.....	21 décès	—	51,2 o/o

L'étude des observations des nourrissons ayant une réaction positive fournit des renseignements très précieux. Aussi avons-nous tenu à les publier *in-extenso*.

Ces réactions positives n'ont jamais été en désaccord complet avec la clinique. Pourtant, dans deux cas (obs. XLIV et LXIII), on n'a pu trouver de lésions tuberculeuses à l'autopsie.

Chez 57 sujets le diagnostic de tuberculose, associée ou non à une autre affection, avait été posé. Chez 14 autres elle avait été soupçonnée, et chez 9 seulement la tuberculose était restée cliniquement introuvable.

Il est à remarquer que dans un des cas où l'autopsie n'a permis de découvrir aucune lésion tuberculeuse la clinique et l'intradermo-réaction étaient d'accord pour affirmer la tuberculose (obs. LXIII).

Voici les statistiques de survies et de décès que fournissent les 80 réactions positives :

De la naissance à trois mois : 6 observations.

Trois décès, trois jours, huit jours et dix jours après réaction positive ; 3 survies indéterminées, les enfants ayant été suivis, dix mois, treize mois et quinze mois, puis perdus de vue.

De trois mois à un an : 33 observations.

Vingt-sept décès, 23 de trois jours à un mois, 4 après un mois et ayant respectivement eu lieu trente-cinq jours, un mois et demi, deux mois et quatre mois après la réaction positive.

Quatre survies : l'un des enfants a été suivi deux

	RÉACTIONS NÉGATIVES				RÉACTIONS POSITIVES			
	TOTAL	DÉCÈS	SORTIES		TOTAL	DÉCÈS	Survies	Non retrouvés
			Guéris	Non guéris				
De la naissance à 1 mois..	4	2	2	»	1	1	»	»
De 1 à 2 mois.....	17	8	9	»	1	»	»	»
De 2 à 3 mois.....	43	21	22	»	4	2	1	»
De 3 à 4 mois.....	29	12	17	»	2	2	2	»
De 4 à 5 mois.....	30	20	9	1	3	3	»	»
De 5 à 6 mois.....	31	15	15	1	3	3	»	»
De 6 à 7 mois.....	20	10	8	2	4	4	»	»
De 7 à 8 mois.....	18	6	12	»	3	3	»	2
De 8 à 9 mois.....	20	12	8	»	10	7	1	»
De 9 à 10 mois.....	15	7	8	»	3	1	2 ??	»
De 10 à 11 mois.....	13	4	9	»	3	2	1	»
De 11 à 12 mois.....	16	6	9	1	2	2	»	»
TOTAL de 0 à 1 an.....	256	123	133	5	39	30	7	2
De 1 à 2 ans.....	100	25	74	1	41	21	11	9
TOTAL de 0 à 2 ans....	356	148	208	6	80	51	18	11

mois, l'autre dix mois. Les deux autres étaient encore vivants, mais très malades, un mois après réaction positive.

Deux n'ont pu être retrouvés après leur sortie de l'hôpital.

De un an à deux ans : 41 observations.

Vingt et un décès, 19 de deux jours à un mois, 1 au bout de deux mois et demi, 1 autre au bout de neuf mois.

Onze survies. Les enfants ont pu être suivis respectivement : 2 pendant deux mois, 1 six mois, 1 huit mois, 1 neuf mois, 2 onze mois, 1 douze mois, 2 quinze mois et 1 dix-huit mois.

Enfin 9 n'ont pu être retrouvés après leur sortie de l'hôpital.

Deux points enfin nous ont paru intéressants à mettre en lumière. D'une part, c'est la fréquence de la tuberculose chez les parents des nourrissons qui réagissent d'une façon positive, constatation très logique qui cadre bien avec celle que fournit la clinique journalière. On trouve en effet que :

30	de ces enfants ont des parents	—	nettement tuberculeux.
9	—	—	probablement —
5	—	—	de santé douteuse.
36	—	—	bien portants.

Soit une moyenne de 48 o/o de tuberculose des ascendants, au minimum, tandit qu'on n'en trouve que dans 28 o/o des cas d'intradermo-réactions négatives.

C'est, d'autre part, le grand nombre de réactions obtenues chez les nourrissons atteints de méningite tuberculeuse. Nous relevons 17 cas où la réaction a été positive et trois cas seulement où elle a été négative. Sans doute, ce ne sont pas là tous les cas de méningite tuberculeuse hospitalisés dans le service. Mais beaucoup de ces enfants sont morts où ont été emmenés par leurs parents, avant d'avoir été inoculés ou avant d'avoir eu le temps de réagir.

Observations négatives

Nous transcrivons à la suite des réactions positives 14 observations de réactions négatives dont quelques-unes infirmaient le diagnostic clinique. Dans 4 cas l'autopsie n'a pas permis de déceler de tuberculose, alors que la clinique en avait nettement porté le diagnostic, et deux enfants classés tuberculeux par la clinique sont actuellement bien portants.

Dans 2 cas de méningite tuberculeuse prouvées par l'examen du liquide céphalo-rachidien et quelques jours plus tard par l'autopsie, la réaction est restée négative.

Dans 3 autres cas où la clinique n'avait pu faire le diagnostic entre méningite tuberculeuse et trombose des sinus ou simple réaction méningée, la réaction est restée négative, d'accord cette fois avec les modifications du liquide céphalo-rachidien et avec l'autopsie.

OBSERVATIONS

D'INTRADERMO-RÉACTIONS POSITIVES RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HUTINEL

OBSERVATION I

E... Suzanne, quatorze mois. Entrée salle Parrot le 30 décembre 1909. Diagnostic clinique : *Paralysie faciale. Adénopathie trachéo-bronchique.*

Père et mère bien portants. Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à trois mois, puis au biberon. Otite suppurée droite depuis trois mois. Elle a eu la rougeole il y a un mois et tousse depuis. Fréquents accès de fièvre.

Examen, 31 décembre. — Rachitisme. Micro-polyadénopathie. Grosse adénopathie cervicale. Paralysie faciale droite.

Respiration rude, inégale, à la racine des bronches. Intra-réaction positive le 1er janvier. Sortie le 15 janvier 1910.

N'a pu être suivie après sa sortie de l'hôpital. Inconnue à l'adresse donnée.

OBSERVATION II

R... Jean, quinze mois. Entré le 7 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père tousseur. Mère très nerveuse. Né à terme. Nourri au sein. Première dent à neuf mois ; premiers pas à un an.

Depuis plus d'un mois l'enfant maigrit, cesse de marcher, devient somnolent. Constipation opiniâtre et vomissements depuis cinq jours. Pas de convulsions.

Examen, 7 janvier. — Inégalité pupillaire (D > G). Strabisme, raideur de la nuque. Pas de Kernig.

Ponction lombaire : liquide clair. Grosse hypertension beaucoup d'albumine. Lymphocytose très abondante. Température 38°3.

8 janvier. — Contracture des membres inférieurs.

Respiration un peu rude à gauche. Pouls inégal. Température 39°5.

10 janvier. — Même état.

Intradermo-réaction positive le 9. *Décès* le 15 janvier 1910.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION III

C...Jean, vingt mois, entre le 10 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse*.

Mère bien portante, père tuberculeux. Né à terme, nourri au sein jusqu'à cinq mois, puis au biberon.

Convulsions et vomissements depuis le 2 janvier. Constipation depuis trois jours.

Examen. — Enfant rachitique, somnolent. Raideur de la nuque. Mâchonnement, inégalité pupillaire. Pouls irrégulier, inégal. Ponction lombaire : liquide clair, beaucoup d'albumine, grosse lymphocytose.

Respiration inégale, soufflante au hile gauche.

Réaction positive le 13 janvier. — *Décès* le 16 janvier 1910.

Autopsie. — Gros ganglions caséeux dans le médiastin. Caverne à la partie moyenne du lobe moyen du poumon droit. Exsudat abondant et granulations à la base du cerveau.

OBSERVATION IV

F... Germaine, vingt-deux mois. Entrée le 17 janvier 1910, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Adénopathie cervicale et trachéo-bronchique.*

Père et mère bien portants, un frère bien portant.

Née à terme, élevée au sein. Tousse depuis un mois et maigrit.

Examen. — Enfant amaigrie, rachitique. Conjonctivite (à streptocoques). Foie un peu gros. Petits ganglions aux aines et aux aisselles. Gros ganglions durs au cou, formant une chaîne qui descend jusque dans le médiastin.

Respiration inégale, quelques râles disséminés.

Réaction positive le 19 janvier. Sortie le 13 février 1910.

N'a pu être retrouvée. Inconnue à l'adresse donnée.

OBSERVATION V

T... Joséphine, treize mois. Entrée le 17 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Père bien portant. La mère a eu une hémoptysie le mois dernier. Nourrie au sein pendant deux mois, puis au bibe-

ron. Première dent à six mois, premiers pas à neuf mois. Coqueluche à sept mois.

Tousse souvent depuis. Fièvre depuis quelques jours.

Examen. — Broncho-pneumonie double. Ganglions durs au cou, aux aisselles. Peu de fièvre (37° 8).

20 janvier. — Foyer plus accusé à la base gauche.

Réaction positive le 22 janvier. Sortie le 30 janvier 1910.

Enfant vivante encore en juillet 1911. Partie depuis en Italie.

OBSERVATION VI

F... Marcelle, quinze mois. Entrée le 17 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Père et mère assez bien portants. Née à terme, élevée au sein. Première dent à huit mois, ne marche pas encore. Rougeole à six mois.

Toux quinteuse, avec fièvre depuis huit jours. Troubles gastro-intestinaux.

Examen. — Impétigo du cuir chevelu et des membres inférieurs. Broncho-pneumonie double, plus marquée à gauche.

19 janvier. — Défervescence. Amélioration.

Réaction positive le 20 janvier. Sortie le 22 janvier 1910.

Enfant vivante le 15 avril 1911. Depuis la mère a changé de domicile, adresse inconnue.

OBSERVATION VII

T... Andrée, vingt-deux mois. Entrée le 24 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

Père inconnu. Mère bien portante. Née à terme. Nourrie au biberon. Rougeole à six mois. Tousse très fréquemment depuis, mais davantage depuis quelques jours.

Examen, 25 janvier.— Enfant amaigrie. Érythème fessier. Gros ventre. Foie un peu volumineux. Un peu de tirage sous-sternal et de cyanose. Induration du sommet droit. Vibrations thoraciques exagérées, retentissement de la toux et du cri. Râles humides en avant.

Poussées fébriles de temps à autre. Pasde réaction méningée.

3 mars. — L'enfant semble avoir un peu repris, l'appétit est bon. Mêmes signes pulmonaires.

Réaction positive le 27 janvier. Sortie le 14 mars 1910, n'a pu être retrouvée. Inconnue à l'adresse donnée.

OBSERVATION VIII

M... Alice, vingt et un mois. Entrée le 21 février 1910, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Bronchite Impétigo*.

Père, mère et un frère bien portants. Deux fausses couches. Née à sept mois. Sein maternel quatre mois, puis lait stérilisé. Première dent à neuf mois. Premiers pas à quinze mois. Tousse depuis un mois.

Examen. — Enfant normale. Gingivite. Quelques râles de bronchite. Impétigo léger, disséminé sur tout le corps, mais plus marqué à la face et sur le cuir chevelu.

Réaction positive le 24. Sortie le 26 février 1910, n'a pu être retrouvée. Inconnue à l'adresse donnée.

OBSERVATION IX

H... Albert, sept mois. Entré le 21 mars 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose.*

Mère bien portante, père bronchitique. Né à terme. Nourri au biberon. Tousse depuis un mois et maigrit.

Examen. — Enfant rachitique, malingre. Pas encore de dents. Petits ganglions aux aines et aux aisselles. Coryza. Râles de bronchite disséminés. Sous-crépitants en arrière et à droite. Pas de troubles gastro-intestinaux.

Intradermo-réaction positive le 23 mars. L'enfant continue à se cachectiser. Décès le 1er avril 1910.

Autopsie. — Ganglions caséeux, non ramollis, dans le médiastin. Cavernes pulmonaires dans toute la hauteur des deux poumons. Granulations à la surface et à la coupe du foie, de la rate et sur les méninges.

OBSERVATION X

C... Alphonse, vingt-trois mois. Entré le 10 avril 1910, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

Mère bien portante. Père mort de (?). Né à terme. allaitement mixte. Première dent à quatre mois. Premiers pas à treize mois. Rougeole en février 1910. Depuis, il a beaucoup maigri et tousse.

Examen, 11 avril. — Cachexie, peau sèche. Micropolyadénopathie, léger rachitisme. Matité à la base gauche.

Respiration soufflante. Râles disséminés à droite, dans toute l'étendue du poumon, surtout en arrière.

22 avril. — Infection (œil droit, nez, dos, fesses). Otite double. Matité de la base gauche (broncho-pneumonie avec pleurésie purulente, la ponction exploratrice ramène deux gouttes de pus). Infiltration du sommet. Réaction positive le 14. *Décès* le 30 avril 1910.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XI

V... Léon, huit mois. Entré le 26 avril 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Constipation.*

Père et mère bien portants. Né à terme. Allaitement mixte. Première dent à sept mois. A cet âge rougeole sans complication.

Examen. — Enfant un peu amaigri. Ganglions durs aux aines et au cou. Inégalité respiratoire à la racine des bronches.

Réaction positive le 28 avril. Sorti le 1er mai 1910.

Na pu être retrouvé. Inconnu à l'adresse donnée.

OBSERVATION XII

G... Marcelle, deux mois. Entrée le 2 mai 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Athrepsie.*

Père bien portant. Mère morte de tuberculose pulmonaire à vingt-sept ans, vingt-sept jours après la naissance de la malade. Deux sœurs, dont l'une très chétive. Née à terme,

nourrie au biberon, elle a eu constamment des troubles gastro-intestinaux. Elle ne profite pas (pèse 2 k. 800).

Examen. — Enfant très maigre, rachitique. Ganglions multiples. Râles de bronchite disséminés. On ne note pas de troubles sérieux de l'appareil digestif.

Réaction positive le 4 mai. Sortie le 15 mai 1910.

Bien portante en juin 1911. Depuis adresse inconnue.

OBSERVATION XIII

F... Charlotte, sept mois. Entrée le 9 mai 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Athrepsie. Infection intestinale et pulmonaire.*

Père tuberculeux. Mère bien portante. Née à terme. Élevée au sein jusqu'à cinq mois, puis au biberon. Broncho-pneumonie il y a deux mois (soignée à la Fondation Budin).

Elle maigrit beaucoup depuis trois semaines. Diarrhée.

Examen. — Micro-poly-adénopathie. Respiration soufflante au hile gauche. Râles disséminés. Réaction méningée légère. Liquide céphalo-rachidien normal.

Réaction positive le 10 mai. Sortie le 22 mai 1910 sur demande de la mère. *Morte* au début de juin 1910.

OBSERVATION XIV

B... Maurice, un an. Entré le 10 mai 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie et tuberculose.*

Père bien portant, mère soignée à l'Hôtel-Dieu pour laryn-

gite tuberculeuse (meurt le 19 mai). Cinq enfants vivants bien portants. Un prématuré mort au bout de neuf jours.

Né à terme, élevé au biberon. Première dent à neuf mois. L'enfant a beaucoup maigri et tousse.

Examen, 10 mai. — Impétigo et abcès du cuir chevelu. Rachitisme. Gros ventre. Foie un peu gros. Rate volumineuse. Respiration soufflante aux deux hiles.

25 juin. — Râles de bronchite généralisée. L'enfant a beaucoup maigri. Signe de Brudzenski, tremblement de la main lorsqu'on excite les membres inférieurs. Ponction lombaire impossible à cause d'une eschare de la région dorso-lombaire.

6 juillet. — Aspect squelettique. Matité du poumon gauche, l'eschare dorsale s'est très étendue.

Intradermo-réaction positive le 12 mai. *Décès* le 7 juillet 1910.

Autopsie. — Caverne tuberculeuse de la dimension d'une petite noix dans la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, et broncho-pneumonie banale dans le lobe inférieur de ce poumon. Ganglions caséeux dans le médiastin, dans le mésentère. Quelques granulations sur les méninges,

OBSERVATION XV

J... André, treize mois. Entré le 30 mai 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Atrophie. Pleurésie.*

Père bien portant. Mère alcoolique. A eu une pleurésie dans sa jeunesse. Deux autres enfants chétifs dont l'un tousse beaucoup. Né à terme, nourri au sein jusqu'à six mois, puis

au biberon. Première dent à huit mois. Tousse depuis l'âge de quatre mois et transpire beaucoup.

Examen, 20 mai. — Enfant cachectique, rachitique. Strabisme convergent. Ventre ballonné. Érythème miliaire sudoral. Micro-poly-adénopathie. Foie et rate hypertrophiés. Matité à la base gauche. Diminution des vibrations. Ponction pleurale : on retire un peu de liquide séro-sanguinolent (cellules endothéliales et nombreux polynucléaires).

13 juin. — Les symptômes pulmonaires persistent. Réaction méningée. L'enfant est emmené par les parents.

Réaction positive le 1er juin. Sorti le 14 juin 1910: La mère a quitté son domicile aussitôt après la sortie de l'enfant. Depuis adresse inconnue.

OBSERVATION XVI

C... Maurice, seize mois. Entré le 30 mai 1910, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Père tousseur. Mère anémique. Né à huit mois. Nourri au sein pendant quatre mois, puis au biberon. Premiers pas à neuf mois.

Tousse et a de la fièvre depuis quatre jours.

Examen, 31 mai. — Rachitisme léger. Tirage sus et sous-sternal. Submatité, gros souffle et râles du côté gauche. Râles disséminés à droite.

Apyrexie de longue durée, puis nouvelle poussée thermique : rougeole. Après celle-ci nouvelle broncho atténuée.

Réaction positive le 3 juin. Sorti le 17 juillet 1910. La mère, domestique, a quitté son domicile lors de la sortie de l'enfant. Adresse inconnue.

OBSERVATION XVII

A... Raymonde, deux mois. Entrée le 6 juin 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Athrepsie.*

Père mort en 1911 de tuberculose. Mère bien portante.

Née à terme. Nourrie au sein maternel cinq jours, puis au biberon par une nourrice. Des troubles gastro-intestinaux se sont manifestés presque aussitôt et durent encore aujourd'hui. L'enfant tousse beaucoup.

Examen. — Enfant atrophiée (2 k. 100). Rachitisme. Micro-poly-adénopathie. Respiration inégale aux hiles. Ventre gros, ballonné.

Réaction positive le 8. Sortie le 16 juin 1910.

A toujours continué à être malade, et est *morte* à Bretonneau le 9 novembre 1911.

OBSERVATION XVIII

C... Lucienne, seize mois. Entrée le 9 juin 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose pulmonaire.*

Père et mère bien portants, un frère en bonne santé.

Née à terme. Élevée au sein. Première dent à six mois. Premiers pas à quinze mois. Rougeole en mai, tousse beaucoup depuis.

Examen. — Enfant amaigrie, rachitique. Micro-poly-adénopathie. Gomme tuberculeuse au genou gauche.

Râles fins aux deux poumons. Respiration soufflante au hile gauche. Température 39 degrés.

Réaction positive le 12 juin. *Décès* le 20 juin.

Autopsie — Cavernules dans toute l'étendue du lobe supérieur et du lobe moyen du poumon droit, et dans toute l'étendue du poumon gauche. Gros ganglions caséeux dans le médiastin. Tuberculose du thymus. Granulation dans le foie, la rate, les reins.

OBSERVATION XIX

B... Marcel, six mois. Entré le 18 juillet 1910, salle Husson.

Diagnostic clinique: *Méningite tuberculeuse.*

Père, mère et deux frères bien portants. Né à terme, élevé au lait stérilisé. Tousse et dépérit depuis un mois.

Examen 19 juillet. — Rachitisme léger. Asymétrie faciale, foie et rate un peu gros. Brudzenski. Raideur de la nuque.

Ponction lombaire : liquide clair, hypertension considérable, beaucoup d'albumine, grosse lymphocytose.

22 juillet. — Raideur plus marquée de la nuque ; paralysie faciale.

25 juillet. — Nouvelle ponction lombaire. Même résultat.

26 juillet. — Troubles vaso-moteurs, raideur des membres.

Réaction positive le 20 juillet. *Décès* le 27 juillet 1910.

Autopsie. — Poumon droit adhérent. Caverne comme une noisette au sommet ; lobe supérieur infiltré de granulations.

A gauche : lésions de broncho-pneumonie avec granulations tuberculeuses. Ganglions caséeux dans le mésentère et le médiastin. Granulations sur le foie et sur les méninges.

OBSERVATION XX

B... Marcelle, onze mois. Entrée le 25 janvier 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Pleurésie séro-fibrineuse. Père tuberculeux. Mère morte de tuberculose pulmonaire il y a quatre mois. Deux enfants morts de méningite en bas âge. Un autre atteint de tuberculose ostéo-articulaire. Un bien portant.

Née à terme. Nourrie au sein quelques jours, puis au biberon. Tousse beaucoup depuis plusieurs mois.

Examen. — Enfant amaigri. Gros ventre. Foie et rate hypertrophiés. Ganglions durs au cou, aux aînes, aux aisselles. Broncho-pneumonie double. Pleurésie droite.

Ponction pleurale : 15 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux, lymphocytose prédominante.

29 juillet. — La température monte à 41 degrés.

Réaction positive le 27 juillet. *Décès* le 30 juillet 1910.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXI

P... Paulette, huit mois. Entrée le 8 août 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père bien portant. Mère malade de(?)

Née à terme. Élevée au sein quinze mois, puis au biberon. Coqueluche en juin. Changement de caractère depuis huit jours, constipation, fièvre élevée. Convulsions la veille de son entrée.

Examen. — Raideur de la nuque. Pas de Kernig. Ponction lombaire : liquide clair, beaucoup d'albumine, grosse lymphocytose.

Respiration soufflante à la base droite.

Réaction positive le 11 août. *Décès* le 18 août 1910.

Autopsie. — Adénopathie médiastine. Tuberculose pulmonaire du sommet gauche. Masse caséeuse à la base droite. Granulations sur le foie et la rate. Exsudat purulent à la base du cerveau. Granulations le long de la sylvienne droite.

OBSERVATION XXII

L... Georges, huit mois. Entré le 22 août 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite et réaction méningée.*

Père tuberculeux. Mère bien portante. Accouchement pénible à terme, né en état de mort apparente.

Nourri au sein jusqu'à six mois et demi, puis au biberon. Première dent à cinq mois. État maladif continuel. Depuis huit jours changement de caractère. Convulsions. Diarrhée fétide.

Examen. — Enfant très agité. Gros ventre, érythème fessier. Raideur de la nuque, léger Kernig.

24 août. — Selles normales. Réaction méningée persistante. Réaction positive le 25 avril. *Décès* le 2 septembre 1910.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXIII

V... Paulette, quinze mois. Entrée le 22 août 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Père, vingt-huit ans, assez bien portant (mais dont la mère est tuberculeuse et dont quatre frères et sœurs sont morts de tuberculose). Mère bien portante. Née au huitième mois. Nourrie au sein jusqu'à huit mois, puis au biberon. Rougeole et broncho-pneumonie à neuf mois. Première dent à quatorze mois. Ne marche pas.

Examen, 24 août. — Enfant légèrement rachitique. Strabisme convergent. Gros ventre. Foie et rate un peu augmentés de volume. Éruption miliaire sur la face et l'abdomen. Râles de bronchite.

28 août. — Râles sous-crépitants généralisés. Quelques frottements ?

3 septembre. — Râles fins et souffle à la base droite. Broncho-pneumonie.

Réaction positive le 25 août. Sortie le 9 septembre 1910. Bien portante actuellement.

OBSERVATION XXIV

R... Raymonde, trois semaines. Entrée le 18 septembre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite.*

Père et mère bien portants. Née à terme. Nourrie au biberon, vomit depuis cinq jours.

Examen, 20 septembre. — Enfant chétive, tendance au rachitisme. Muguet.

21 septembre. — Selles vertes. Rien d'anormal à l'appareil respiratoire.

Réaction positive le 20 septembre. *Décès* le 23 septembre 1910.

Pas d'autopsie

OBSERVATION XXV

B... Louis, vingt mois. Entre le 19 septembre 1910, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Entérite. Tuberculose.*

Père bien portant, mère a eu des hémoptysies. Né à terme. Élevé au sein jusqu'à dix mois. Première dent à six mois, premiers pas à dix-huit mois. Broncho-pneumonie et otorrhée à deux mois. Depuis un mois, diarrhée et amaigrissement.

Examen, 20 septembre. — Léger rachitisme, micro-polyadénopathie. Malade abattu. Ventre gros. Respiration inégale à la racine des bronches.

11 décembre. — Température irrégulière ; toux fréquente.

19 décembre. — Respiration soufflante aux hiles pulmonaires.

25 janvier. — Râles humides au sommet droit.

Intradermo-réaction négative le 21 septembre. Nouvelle intradermo-réaction le 9 novembre. Positive. *Décès* le 30 janvier 1911.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXVI

B... Émile, quinze mois. Entré le 20 octobre 1910, salle

Bouchut. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite. Tuberculose pulmonaire au début.*

Père atteint de bronchite chronique très suspecte. Mère bien portante. Né à terme, nourri au sein pendant quatre mois, puis au biberon. Troubles gastro-intestinaux fréquents.

Examen, 21 octobre. — Léger rachitisme. Gros ventre. Micro-poly-adénopathie. Quelques râles de bronchite.

1er novembre. — Respiration rude à droite. Quelques râles à la racine des bronches.

Réaction positive le 27 octobre. Sorti le 20 novembre 1910, n'a pu être retrouvé. Inconnu à l'adresse donnée.

OBSERVATION XXVII

C... Adrien, six mois. Entré le 31 octobre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite.*

Père et mère bien portants. Treize enfants, neuf vivants. Né à terme. Nourri au sein pendant un mois, puis au biberon. Diarrhée verte et vomissements depuis huit jours. Toux fréquente.

Examen. — Température 37°8. Enfant amaigri. Cyanosé. Rien d'anormal à l'appareil respiratoire. Ventre un peu gros. Selles vertes, abondantes.

Réaction positive le 7 novembre. *Décès* le 10 novembre 1910. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXVIII

E... Marie-Louise, un an. Entrée le 9 décembre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Née à terme. Nourrie au sein. Première dent à cinq mois. Bronchite à huit mois et tousse toujours depuis. Elle dépérit depuis quinze jours, est devenue maussade. Elle est très constipée, vomit quelquefois.

Examen. — Raideur de la nuque, contracture des membres, dissociation du Babinski. Pas de troubles oculaires. Ponction lombaire. Beaucoup d'albumine. Lymphocytose considérable. Respiration rude à la racine des bronches.

Réaction positive le 11 décembre 1910. Sortie le 12 décembre 1910 à la demande de la mère. *Morte* le 16 décembre 1910.

OBSERVATION XXIX

B... Marcelle, seize mois. Entrée le 19 décembre 1910, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Anémie et gastro-entérite chez un hérédo-syphilitique.*

Père, mère et deux autres enfants bien portants. Née à terme. Nourrie au biberon. Première dent à dix mois. Ne marche pas encore. Coqueluche à huit mois. Depuis huit jours, diarrhée et quelques vomissements.

Examen. — Enfant très pâle, rachitique. Gros foie, grosse rate. Pas de signes nets de spécificité ; seul le Wassermann est positif. Quelques râles de bronchite. Respiration très faible à droite.

Réaction positive le 22 décembre 1910. Sortie le 12 février 1911. La mère a quitté son domicile pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital. Depuis adresse inconnue.

OBSERVATION XXX

L... Émile, un an. Entre le 27 décembre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Né à terme. Nourri au sein pendant un mois, puis au biberon par une nourrice. Fièvre, vomissements et constipation depuis trois jours. Pas de convulsions.

Examen, 27 décembre. — Enfant en bon état. Raideur de la nuque. Un peu d'asymétrie faciale. Strabisme.

28 décembre. — Contracture des membres supérieurs. Ponction lombaire : liquide clair. Beaucoup d'albumine, grosse lymphocytose.

Réaction positive le 29 décembre. *Décès* le 31 décembre 1910.

Autopsie. — Ganglions caséeux dans le médiastin. Chancre d'inoculation à la partie inférieure et interne du lobe supérieur du poumon droit. Granulations discrètes dans toute la hauteur des deux poumons. Granulations à la base de l'encéphale et sur la sylvienne. Quelques granulations sur le foie et la rate.

OBSERVATION XXXI

P... Geneviève, quinze mois. Entrée le 2 janvier 1911, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Bronchite et réaction méningée.*

Père, mère et une sœur bien portants. Née à terme, nour-

rie au biberon. A eu des convulsions la veille de son entrée et présente depuis de la parésie droite.

Examen. — Enfant rachitique. Nez déprimé. Jetage nasal. A droite : réflexe rotulien exagéré. Babinski. Clonus du pied ; contracture aux membres supérieurs. Face un peu asymétrique. Tête déviée à droite. Pas de lésions du fond de l'œil. Liquide céphalo-rachidien normal. Adénopathie médiastine.

Réaction positive le 5. Sortie le 22 janvier 1911. Vivante en juillet 1911. Depuis adresse inconnue.

OBSERVATION XXXII

B... Yvonne, quatre mois. Entrée le 20 janvier 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose. Gastro-entérite.*

Père atteint de laryngite chronique probablement tuberculeuse. Mère morte de tuberculose pulmonaire il y a huit jours. Un autre enfant de santé délicate.

Née au huitième mois (1 kg. 750). Nourrie au sein pendant un mois, puis au biberon. Depuis lors elle vomit. Tousse beaucoup.

Examen. — Atrophie. Cachexie. Ventre gros. Un peu de raideur des membres. Ponction lombaire. Liquide normal.

Réaction positive le 22 janvier. *Décès* le 16 février 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIII

B... André, quinze mois. Entré le 21 janvier 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Mal de Pott.*

Père et mère bien portants. Né à huit mois. Nourri au sein pendant un mois, puis au biberon par une nourrice. Première dent à six mois. Ne marche pas.

Examen. — Mal de Pott dorsal. Gibbosité. Pas d'abcès par congestion. Réflexes un peu exagérés. Pas de paraplégie. Ventre gros. Adénopathie cervicale, axillaire, inguinale. Râles de bronchite aux deux sommets. Submatité à la base droite.

Réaction positive le 25 janvier. *Décès* le 14 février 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIV

R... Alfred, vingt et un mois. Entré le 7 février 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Parents bien portants. Né à terme. Nourri au sein pendant trois mois et demi, puis au biberon. Depuis un an il présente de nombreux abcès qui évoluent lentement, sans fièvre, sans réaction générale, et font une suppuration prolongée. Fièvre depuis deux jours.

Examen, 8 février. — Rachitisme. Broncho-pneumonie gauche. Défervescence le 5 mars.

23 mars. — Signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Réaction positive le 10 février. Part en convalescence le 13 avril. Enfant vivant, mais *très malade*, en août 1910. Depuis, la mère a changé de domicile. Adresse inconnue.

OBSERVATION XXXV

F... Antoine, huit mois. Entré le 9 février 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose probable.*

Père bien portant. Mère, trente ans, tuberculeuse. Né au huitième mois. Nourri au sein pendant quatre mois, puis au biberon. Troubles digestifs fréquents. Tousse depuis quinze jours et il a beaucoup maigri.

Examen, 10 février. — Enfant pâle, amaigri. Coryza. Rate un peu augmentée de volume.

15 mars. — Signes de réaction méningée. Ponction lombaire ; liquide normal.

Râles aux deux poumons. Respiration soufflante. Réaction positive le 12 février. *Décès* le 27 mars 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXVI

J... Yvonne, onze mois. Entrée le 14 février 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose probable.*

Père et mère bien portants. Née à terme. Nourrie au sein pendant deux mois, puis au biberon. Troubles digestifs depuis un mois.

Examen, 15 février. — Gros ventre. Otite suppurée. Respiration soufflante aux deux hiles.

4 mars. — Enfant qui se cachectise. Râles fins disséminés en petits foyers.

8 mars. — Cyanose. Broncho-pneumonie double. Réaction positive le 19 février. *Décès* le 9 mars 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXVII

T... Robert, seize mois. Entré le 19 mars 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose. Rougeole.*

Père tuberculeux. Mère bien portante. Né à terme. Nourri au biberon. Troubles digestifs fréquents.

Examen. — Rachitisme léger. Érythème fessier. Micropoly-adénopathie. Respiration soufflante aux hiles. Râles fins, disséminés. Température 37 degrés.

Poussées congestives successives, avec fièvre, amaigrissement.

Réactions positives le 31 mars et le 14 avril. Le 1er mai il passe à la Rougeole et *meurt* à l'hôpital le 14 mai 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXVIII

A... Odette, huit mois. Entrée le 24 mars 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose. Broncho-pneumonie.*

Mère morte de tuberculose à dix-neuf ans. Père bien portant. Née à terme, nourrie au biberon. Tousse beaucoup depuis six semaines.

Examen, 25 mars. — Enfant maigre. Pas de rachitisme. Petits ganglions au cou, aux aines, aux aisselles. Râles secs, inspiration rude et soufflante à droite. Signes d'excavation au sommet gauche.

5 avril. — Yeux inégalement ouverts. Raideur de la nuque, pouls instable. Strabisme, inégalité pupillaire. Ponction lombaire : liquide clair. Beaucoup d'albumine. Lymphocytose abondante.

11 avril. — Mêmes signes. Grosse infiltration du poumon gauche. Réaction positive le 5 avril. Sortie le 13 avril 1911, sur demande de la grand'mère. *Morte* le 15 avril 1911.

OBSERVATION XXXIX

L... Germaine, huit mois. Entrée le 3 avril 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Bronchite et entérite.*

Père tuberculeux, mère bien portante. Née à terme. Allaitement mixte. Tousse depuis une semaine environ.

Examen. — Enfant amaigrie. Micro-poly-adénopathie. Râles de bronchite. Inégalité respiratoire. Ventre gros, érythème fessier.

Réaction douteuse le 5 avril. Réaction positive le 14 avril. Sortie le 15 avril 1911. Inconnue à l'adresse donnée.

OBSERVATION XL

B... Émilienne, trois mois. Entrée le 3 avril 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite cérébro-spinale et tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Un autre enfant mort de méningite. Née à terme, nourrie au sein. Elle a eu de la diarrhé il y a un mois. Depuis huit jours, elle est constipée et vomit. Elle a des convulsions depuis cinq jours.

Examen, 4 avril. — Raideur de la nuque très marquée. Kernig. Contracture des membres inférieurs. Ponction lombaire : liquide légèrement trouble. Quantité considérable d'albumine. Polynucléaires abondants, lymphocytose modérée. Pas de méningocoques. Injection de sérum anti-méningococcique.

6 avril. — Autant de mono que de polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien. Pas de méningocoques.

Raideur de la nuque moins marquée. Nystagmus. Réaction positive le 7 avril. Sortie le 8 avril 1911, sur demande de la mère. *Morte* le 10 avril 1911.

OBSERVATION XLI

F... Alice, un mois et demi. Entrée le 24 avril 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite légère.*

Mère probablement tuberculeuse. Père tousseur.

Née à terme. Nourrie au biberon. Vomit depuis quinze jours. Crie continuellement.

Examen. — Enfant atrophiée. Rachitisme léger. Érythème fessier. Ventre étalé. Micro-poly-adénopathie. Pas de signes pulmomaires.

Réaction positive le 28 avril. Sortie le 30 avril 1911. Vivante encore en février 1912. Depuis n'a pu être suivie; adresse inconnue.

OBSERVATION XLII

S... Émilie, seize mois. Entrée le 14 mai 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Née à terme. Nourrie au sein. Enfant triste depuis huit jours. L'enfant a eu des convulsions il y a quatre jours, qui se sont répétées il y a deux jours,

Examen, 15 mai. — Enfant indifférente. Paralysie faciale.

Strabisme. Inégalité pupillaire. Pauses respiratoires. Peu de raideur de la nuque. Respiration soufflante aux hiles, inégale, plus faible à droite. Ponction lombaire : liquide clair, beaucoup d'albumine. Grosse lymphocytose.

20 mai. — Nombreuses convulsions dans la journée.

Réaction positive le 18 mai. *Décès* le 22 juin 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLIII

R... Fernande, un an et demi. Entrée le 15 mai 1911 salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose cavitaire.*

Mère alcoolique. Père bien portant. Née à terme. Allaitement mixte. Tousse depuis quinze jours. Soignée à Necker pour broncho-pneumonie.

Examen. — Enfant maigre. Signes de dégénérescence.

Auscultation : A gauche : râles humides à timbre cavernuleux. Souffle dans toute la hauteur.

18 mai. — Bruits cavitaires à gauche. Examen du liquide stomacal : pas de produits bronchiques, pas de bacilles de Koch.

Réaction négative le 17. — Nouvelle réaction positive le 20 mai. Sortie le 21 mai 1911 sur demande de la mère. Domicile de la mère inconnu. En avril 1912, l'enfant *très malade* était encore vivante.

OBSERVATION XLIV

R... Marcel, deux mois. Entré le 22 mai 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Athrepsie.*

Père alcoolique. Mère bien portante. Né à terme, nourri au sein un mois et demi, puis allaitement mixte. Depuis, il vomit et a de la diarrhée verte.

Examen. — Enfant amaigri. Ventre gros, étalé. Érythème fessier. Rien d'anormal à l'appareil respiratoire.

Réaction positive le 26. *Décès* le 5 juin 1911.

Autopsie. — Aucune lésion macroscopique de tuberculose ; aucun ganglion suspect dans le mésentère ni dans le médiastin.

OBSERVATION XLV

A... Georges, un an. Entré le 26 mai 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Bronchite suspecte.*

Parents bien portants. Né à terme. Nourri au sein. Première dent à neuf mois. Tousse depuis huit jours et a de la fièvre.

Examen. — Rachitisme léger. Micro-poly-adénopathie.

Respiration soufflante aux hiles. Quelques râles congestifs à la base droite.

Réaction positive le 28 mai. Sorti le 29 mai 1911. *Mort* en février 1912.

OBSERVATION XLVI

B... Charles, vingt et un mois. Entré le 29 mai 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

Père tousseur. Mère bien portante. Quatre enfants vivants, un mort de rougeole et coqueluche associées.

Né à terme. Nourri au biberon. Première dent à dix-neuf

mois, premiers pas à dix-sept mois. Troubles gastro-intestinaux. Rougeole il y a quinze jours.

Examen, 30 mai. — Amaigrissement. Rachitisme léger, écoulement nasal. Inégalité respiratoire à la racine des bronches.

31 mai. — Râles disséminés dans les deux poumons. Légère albuminurie.

18 juin. — Dyspnée. Sommet droit infiltré. Râles disséminés. Amaigrissement.

Réaction positive le 1er juin. *Décès* le 22 juin 1911.

Autopsie. — Caverne à la partie moyenne du poumon droit et infiltration de tout ce poumon. Noyaux de broncho-pneumonie et tuberculose diffuse dans le poumon gauche. Ganglions caséeux dans le médiastin. Pas de granulie.

OBSERVATION XLVII

L... Lucien, vingt mois. Entré le 30 mai 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Hérédo-syphilis*.

Parents bien portants. Pas de signes de syphilis.

Né à terme. Élevé au sein maternel. Première dent à sept mois, premiers pas à un an. Depuis plusieurs mois ulcération linguale. Depuis un mois respiration de plus en plus difficile.

Examen. — Gros enfant, mou, pâle, légèrement rachitique. Nez en lorgnette. Foie et rate un peu gros. Ulcération étoilée à la partie médiane de la langue. Ulcérations de la voûte palatine. Toux rauque, voix enrouée, probablement par ulcération du vestibule laryngé. Wassermann positif.

15 juin. — Injection de 606 (0 gr. 05 centigr.).

Réaction positive le 1er juin. Sorti le 2 juillet.

Enfant bien portant en mai 1912. Soigné à Pasteur (piqûres).

OBSERVATION XLVII

H... Maxime, deux mois et demi. Entre le 17 juillet 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Parents bien portants. Né à terme. Nourri au biberon. On l'amène parce qu'il a eu des convulsions et des vomissements.

Examen, 18 juillet. — Fontanelles tendues. Facies asymétrique, tendance à la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Raideur des membres supérieurs.

Première intradermo le 19 juillet : négative. Deuxième intradermo le 23 juillet : positive. Emmené mourant le 4 août. *Mort* le 12 août 1911.

OBSERVATION XLIX

D... François, huit mois, entre le 24 juillet 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Adénopathie trachéo-bronchique.*

Parents bien portants. Quatre enfants vivants. Né à terme, nourri au sein jusqu'à sept mois. Tousse depuis quelque temps et a de la diarrhée.

Examen, 25 juillet. — Rachitisme léger. Ventre météorisé. Respiration inégale à la racine des bronches et ronchus disséminés.

27 juillet. — Radiographie. Ombre très marquée à droite de la colonne vertébrale, due sans doute à des ganglions. Mêmes signes pulmonaires.

Réaction positive le 27 juillet. *Décès* le 7 août 1911.

Autopsie. — Ganglions caséeux dans le médiastin, avec prédominance à droite. Chancre d'inoculation à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit. Tuberculose discrète des viscères.

OBSERVATION L

J... Louise, quatorze mois. Entrée le 25 juillet 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

On est sans renseignements sur ses antécédents.

Examen. — Enfant amaigrie. Micro-poly-adénopathie. Gros ventre. Selles très vertes. Coryza purulent. Eczéma du pavillon de l'oreille avec grosse lymphangite.

Râles de bronchite. Respiration inégale à la racine des bronches, légèrement soufflante à gauche.

Réaction positive le 28 juillet. *Décès* le 7 août 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LI

B... Adrien, huit mois. Entré le 28 juillet 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite.*

Père et mère bien portants. Un autre enfant en bonne santé. Né à terme, nourri au biberon. A de la diarrhée et quelques vomissements depuis une semaine.

Examen. — Enfant en bon état, ventre légèrement ballonné. Un peu d'érythème fessier. Rien d'anormal à l'auscultation.

Réaction positive le 31 juillet. Sorti le 1er août 1911. Vivant. Actuellement atteint de rougeole. Depuis un mois il est soigné pour mastoïdite.

OBSERVATION LII

H... Ernest, vingt-trois mois. Entré le 31 juillet 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Bronchite simple chez un suspect de tuberculose.*

Père, mère et un frère bien portants. Né à terme, nourri au sein. Première dent à onze mois. Premiers pas à quinze mois. Tousse depuis trois jours.

Examen. — Enfant en assez bon état. Râles de bronchite disséminés. Respiration plus faible à droite.

Réaction positive le 3 août. Sortie le 6 août 1911.

Inconnu à l'adresse donnée.

OBSERVATION LIII

G. Robert, dix-sept mois. Entré le 31 juillet 1911, salle Bouchut. *Choléra infantile chez suspect de tuberculose.*

Père, mère et quatre enfants bien portants. Né à terme, élevé au biberon. Première dent à neuf mois, ne marche pas.

Bronchite il y a six mois. Depuis huit jours diarrhée abondante. Vomissements depuis trois jours.

Examen. — Hypothermie. Peau sèche, ridée. Quelques râles sous crépitants à gauche.

4 août. — Amélioration.

8 août. — Amélioration considérable. L'enfant a repris 600 grammes en trois jours.

Réaction positive le 3 août. Sorti le 20 août 1911. Enfant actuellement en bonne santé.

OBSERVATION LIV

P... Gabrielle, trois mois. Entrée le 5 août 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose pulmonaire*.

Père et mère bien portants. Né à terme, nourri au biberon. Tousse depuis un mois. Diarrhée intermittente.

Examen. — Enfant pâle, amaigrie, longs cils. Système pileux très développé. Quelques ganglions au cou.

Râles de bronchite disséminés, plus marqués à gauche, où la respiration est un peu soufflante.

Réaction positive le 8 août. *Décès* le 17 août.

Autopsie. — Tuberculome du volume d'un pois à la partie postérieure et moyenne du lobe inférieur du poumon gauche et granulations miliaires sur le poumon gauche. Granulations miliaires sur le poumon droit.

OBSERVATION LV

P... Henriette, dix mois. Entrée le 14 août 1911, salle Husson. *Tuberculose et troubles gasto-intestinaux*.

Mère tuberculeuse. Père bien portant. Trois autres enfants

bien portants. Née à terme, nourrie au sein jusqu'à cinq mois, puis biberon. Diphtérie à sept mois. Depuis, constipation opiniâtre et suivie de selles fétides et abondantes. Toux continuelle. Amaigrissement.

Examen. — Ventre gros, tendu. Micro-poly-adénopathie, inégalité respiratoire. Diminution de sonorité et respiration un peu soufflante au hile droit.

Réactions positives les 17 et 24 août. Sortie le 27 août 1911, sur demande de la mère. *Morte* le lendemain 28 août.

OBSERVATION LVI

G... Lucie, quinze mois. Entrée le 21 août 1911, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose.*

Père bien portant, mère chétive. Née à terme, nourrie au sein jusqu'à cinq mois. Première dent à cinq mois, ne marche pas.

Rougeole il y a deux mois. Depuis toux fréquente et diarrhée.

Examen. — Enfant amaigrie. Gros ventre. Micro-poly-adénopathie. Râles fins disséminés dans les deux poumons. Submatité à la base gauche et respiration soufflante.

Réaction positive le 23 août. *Décès* le 16 septembre 1911.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LVII

M... Antoine, quinze mois. Entre le 21 août 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Entérite et echtyma. Hérédo-syphilis.*

Père et mère bien portants ? Cinq enfants morts en bas âge, trois autres bien portants. Né à terme (gros enfant : 4 kgr.500). Sein maternel cinq mois, puis biberon. Première dent à huit mois. Diarrhée depuis quinze jours.

Examen. — Gros ventre. Nez un peu déprimé. Rate perceptible. Wassermann positif. Echtyma.

Réaction positive le 23 août. Sorti le 31 août 1911. Enfant bien portant le 2 mai 1911.

OBSERVATION LVIII

P... Edmond, dix-neuf mois. Entré le 21 août 1911, salle Bouchut. *Entérite chez suspect de tuberculose*.

Père tuberculeux. Mère a eu une pleurésie. Un frère bien portant. Né à terme, nourri au biberon. Troubles gastro-intestinaux fréquents.

Examen. — Enfant un peu amaigri. Rachitique. Gros ventre. Respiration rude à droite.

Réaction positive le 23 août. Sorti le 24 août 1911. Rentré à l'hôpital le 26 avril 1912. *Actuellement très malade*.

OBSERVATION LIX

G... Fernand, huit mois. Entré le 25 août 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose*.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. Quatre enfants morts en bas âge de (?) Né à terme. Nourri au biberon par une nourrice. Tousse beaucoup.

Examen. — Enfant amaigri. Ganglions en grains de

plomb, aux aisselles, aux aines, au cou. Epididyme gros, induré, bosselé, probablement tuberculeux. Voix éteinte. Tirage sus-sternal. L'enfant ne peut avaler : tuberculose probable du larynx. Râles disséminés. Respiration inégale, plus faible à droite. Pas de réaction méningée.

Réaction positive le 28 août. *Décès* le 3 septembre 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LX

M... Raymond, sept mois. Entré le 14 septembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite. Tuberculose.*

Père, mère et deux frères bien portants. Né à sept mois et demi. Nourri au biberon. Tousse depuis longtemps. États fébriles passagers. Diarrhée depuis cinq jours, sans vomissements.

Examen. — Enfant abattu. Température : 40 degrés. Ventre un peu gros. Foie et rate normaux. Auscultation : quelques râles de bronchite.

Réaction positive le 17 septembre. *Décès* le 22 septembre 1911.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXI

D... Lucile, treize mois. Entrée le 25 septembre 1911, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Eschares multiples.*

Père bien portant, mère chétive, deux autres enfants bien portants. Un mort de bronchite. Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à quinze mois. Première dent à six mois. Toux et fièvre depuis trois jours.

Examen, 26 septembre. — Enfant en assez bon état. Agitée, dyspnéique. Foyers de broncho-pneumonie disséminés.

5 octobre. — La température est tombée. Respiration soufflante aux hiles. Amaigrissement. Eschares aux fesses et à la région occipitale.

Réaction positive le 28 septembre. *Décès* le 28 octobre 1911.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXII

S... Simonne, treize mois. Entrée le 3 octobre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse*.

Père, mère et une sœur bien portants. Née à terme, nourrie au sein. Première dent : neuf mois. Constipation et vomissements depuis quinze jours.

Examen, 4 octobre. — Enfant abattue. Raideur de la nuque. Kernig. Troubles vaso-moteurs. Pupilles ne réagissant plus. Pouls inégal. Ponction lombaire : hypertension. Liquide clair. Beaucoup d'albumine. Grosse lymphocytose.

5 octobre. — Quelques convulsions.

9 octobre. — Coma.

Réaction positive le 5 octobre. *Décès* le 10 octobre 1911.

Pas d'autopsie (opposition).

OBSERVATION LXIII

T... Raymonde, vingt et un mois. Entrée le 16 novembre 1911, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Typho-bacillose.*

Père et mère bien portants. Née à terme, élevée au biberon.

Diarrhée depuis quinze jours. Fièvre et toux depuis huit jours.

Examen, 17 novembre. — Rachitisme léger. Un peu de raideur de la nuque. Ponction lombaire liquide clair. Pas d'albumine. Quelques rares lymphocytes. Matité aux deux bases, plus marquée à droite. Respiration soufflante et râles fins. La ponction exploratrice à droite ramène un peu de liquide citrin.

21 novembre. — L'épanchement s'est résorbé, la congestion a diminué.

26 novembre. — Ventre gros, douloureux. Vomissements. Respiration soufflante et râles au sommet gauche. Submatité et râles fins aux deux bases.

Réaction positive le 18 novembre. *Décès* le 30 novembre 1911.

Autopsie. — Péritonite aiguë non tuberculeuse. Congestion des bases pulmonaires. Début de trombose du sinus longitudinal. Pas de méningites.

OBSERVATION LXIV

A... Marcelle, quatre mois. Entrée le 22 novembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père atteint de bronchite chronique très suspecte. Mère bien portante. Née à terme, nourrie au sein. Tousse et maigrit depuis deux mois. Vomissements, convulsions depuis trois jours.

Examen, 22 novembre. — Raideur de la nuque. Déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Ponction lombaire : liquide clair, passablement d'albumine, lymphocytose abondante. Respiration soufflante et râles à gauche.

29 novembre. — Paralysie faciale.

2 décembre. — Convulsions.

Réaction positive le 24 novembre. *Décès* le 2 décembre 1911.

Autopsie. — Ganglions caséeux dans le médiastin. Le sommet du poumon gauche est transformé en un bloc caséeux. Quelques ganglions caséeux dans le mésentère.

Plaques de méningite à la base. Quelques plaques sur la convexité.

OBSERVATION LXV

F... Roger, quatre mois. Entre le 24 novembre 1911. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite. Tuberculose.*

Père bien portant. Mère albuminurique. Né à terme. Nourri au sein six semaines. Vomissements. Crises de convulsions. Diarrhée. Tousse beaucoup.

Examen. — Enfant rachitique. Ventre ballonné, érythème fessier.

Sorti le 1er décembre 1911. Rentré le 9 décembre 1911 pour vomissements et diarrhée. Sorti le 19 décembre.

Rentre le 26 janvier 1912. Enfant très amaigri, toux un peu quinteuse. Troubles gastro-intestinaux.

2 février. — Broncho-pneumonie droite.

Réaction positive le 13 décembre. *Décès* le 19 février. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXVI

C... Marthe, cinq mois. Entrée le 5 décembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Bronchite. Adénopathie trachéo-bronchique.*

Père bien portant. Mère a eu une pleurésie et tousse tous les hivers. Née à terme. Élevée au biberon. Tousse depuis quinze jours.

Examen. — Enfant ayant bonne apparence.

Râles de bronchite généralisée. Respiration rude aux hiles, surtout à gauche.

Réaction positive le 10. Sortie le 25 décembre 1911. *Morte* le30 avril 1912.

OBSERVATION LXVII

G.., Marius, neuf mois. Entré le 29 décembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie.*

Père bronchitique, mère bien portante. Deux enfants vivants, deux morts de méningite ? Né à terme, nourri au biberon. Tousse depuis longtemps.

Examen, 30 décembre. — Rachitisme. Gros ventre. Micro-poly-adénopathie. Foyers de râles fins disséminés dans le poumon gauche. Broncho-pneumonie gauche.

10 janvier. — Respiration rude à la racine des bronches. Réaction positive le 5 janvier. Sorti le 15 janvier 1912. *Mort* le 20 février 1912.

OBSERVATION LXVIII

L... William, deux ans. Entré le 3 janvier 1912, salle Husson. Diagnostic clinique : *Stomatite. Bronchite.*

Père, mère et un frère bien portants. Deux frères jumeaux morts en bas âge. Né à terme. Nourri au biberon. Première dent à huit mois. Rougeole il y a un mois, compliquée d'otite gauche.

Examen. — Enfant amaigri. Petits ganglions sous l'aisselle. Stomatite. Râles de bronchite.

Réaction positive le 6 janvier. Sorti le 14 janvier 1912. N'a pu être retrouvé. Inconnu à l'adresse donnée.

OBSERVATION LXIX

H... André, vingt et un mois. Entré le 14 janvier 1912, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Tuberculose pulmonaire.*

Père bien portant. Mère tuberculeuse. Une sœur morte de méningite à huite mois. Né à terme. Nourri au sein. Première dent à huit mois. Premiers pas à treize mois. Tousse, maigrit et a de la fièvre depuis un mois.

Examen. — Abcès sous-cutanés multiples. Petits ganglions au cou. Matité à la base gauche. Souffle et gros râles éclatants à ce niveau (ponction exploratrice négative).

Réaction positive le 25 janvier. *Décès* le 4 février 1912. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXX

B... Jules, vingt-trois mois. Entre le 18 janvier 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Deux autres enfants morts en bas âge de (?) Né à terme, nourri au biberon. Première dent à quatre mois. Premiers pas à un an. Vomissements et convulsions il y a deux jours.

Examen. — Enfant indifférent. Strabisme. Inégalité du pouls et de la respiration. Ponction lombaire : liquide clair. Beaucoup d'albumine. Grosse lymphocytose.

Réaction positive le 23 janvier. Sorti le 8 février 1912. *Mort* le 15 février 1912.

OBSERVATION LXXI

B... Rose, six mois et demi. Entrée le 10 février 1912, salle Husson. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite. Tuberculose*

Père tousseur. Mère et une sœur bien portantes. Deux enfants morts en bas âge de méningite. Née à terme. Sein jusqu'à quatre mois, puis sevrée. Constipation et vomissements depuis deux jours.

Examen. — Enfant un peu atrophiée. Gros ventre. Micropoly-adénopathie. Raideur de la nuque, léger strabisme. Ponction lombaire, liquide clair, peu d'albumine. Lymphocytose très modérée.

Réaction positive le 13 février. Sortie le 17 février 1912. *Morte* le 24 février 1912.

OBSERVATION LXXII

N... Simonne, treize mois. Entrée le 10 février 1912, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Née à terme, élevée au sein. Première dent à sept mois. Vomit depuis huit jours. Convulsions depuis deux jours.

Examen. — Enfant inerte. Strabisme. Inégalité pupillaire. Tremblement des membres supérieurs. Ponction lombaire : liquide clair. Grande quantité d'albumine. Grosse lymphocytose.

Réaction positive le 12 février. *Décès* le 14 février.

Autopsie. — Ganglions caséeux dans le médiastin. Chancre d'inoculation dans le poumon impossible à trouver.

Lésions classiques de méningite tuberculeuse avec maximum à la base. Quelques granulations à la surface des circonvolutions.

OBSERVATION LXXIII

T... Jeanne, treize mois. Entrée le 11 février 1912, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Un autre enfant bien portant. Née à terme, nourrie au sein, première dent à cinq mois. Ne marche pas. Constipation opiniâtre depuis cinq jours. Vomissements hier, avec quelques mouvements convulsifs. Depuis strabisme convergent.

Examen. — Pas de raideur de la nuque. Déviation conju-

guée de la tête et des yeux. Tremblement des membres supérieurs. Ponction lombaire : liquide clair, beaucoup d'albumine. Grosse lymphocytose.

Réaction positive le 14 février. *Décès* le 21 février 1912.

Autopsie. — Chancre d'inoculation ramolli dans le lobe inférieur du poumon gauche. Ganglions tuberculeux dans le médiastin. Lésions de broncho-pneumonie banale. Granulations sur la rate. Lésions habituelles de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION LXXIV

A... Yvonne, cinq mois. Entrée le 6 avril 1912. Diagnostic clinique : *Hypertrophie du thymus? Tuberculose?*

Mère bien portante. Née à terme. Élevée au biberon à la campagne. Bronchite il y a un mois.

Examen. — Enfant bien constituée, mais amaigrie. Micropoly-adénopathie. Dyspnée. Tirage sus et sous-sternal. Accès de suffocation avec cyanose du visage et des extrémités, turgescence des veines du cou. Pas d'obstruction nasale, pas de modifications du cri. La déglutition n'influence pas la dyspnée. Pas de déformation du thorax, pas de sensation anormale dans la région sus-sternale. Zone submate en arrière, à la base du poumon droit quelques râles. Respiration un peu rude en avant à gauéhe.

Réaction positive le 11 avril. *Décès* le 17 avril.

Pas d'autopsie. Opposition.

OBSERVATION LXXV

L... Jean, neuf mois. Entré le 11 avril 1912. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

Père tuberculeux. Mère bien portante. Un enfant mort de bronchite il y a trois ans.

Né à terme. Nourri au sein pendant quatre mois, puis au biberon. Soigné pour bronchite en décembre, puis pour tuberculose du coude droit (ponctions en chirurgie).

L'enfant tousse beaucoup à nouveau. Constipation.

Examen. — Enfant amaigri. Micro-poly-adénopathie. Râles de bronchite. Respiration soufflante à la racine des bronches, surtout à gauche. Coude tuméfié.

Réaction positive le 14 avril. Sorti le 17 avril 1912.

Très malade le 28 mai 1912.

OBSERVATION LXXVI

M... Paul, dix mois. Entré le 14 avril 1912. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite*.

Pas de renseignements. Enfant amaigri, légèrement rachitique. Micro-poly-adénopathie. Gros ventre. Un peu d'érythème fessier. Diarrhée et vomissements.

Réaction positive le 17. *Décès* le 19 avril 1912. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXVII

M... Léonce, dix mois. Entré le 14 avril 1912. Diagnostic clinique : *Bronchite*.

Mère bien portante. Père tuberculeux (mort le 18 mai 1912). Un enfant mort d'entérite, un autre bien portant.

Né à terme. Bronchite en janvier. Rougeole il y a quinze

jours. Depuis huit jours dyspnée, fièvre, quelques vomissements.

Examen. — Enfant en assez bon état. Quelques râles à droite.

Réaction positive le 17 avril. Sorti le 30 avril 1912.

Encore malade actuellement (2 juin 1912).

OBSERVATION LXXVIII

J... Simonne, neuf mois. Entrée le 20 avril 1912. Diagnostic clinique : *Bronchite*.

Mère tuberculeuse. Pas d'autre enfant. Née à terme. Nourrie au sein pendant un mois et demi, puis au biberon. Bronchite avec fièvre pendant quinze jours il y a trois mois.

Amenée pour toux et amaigrissement. Constipation légère. Pas de vomissements.

Examen. — Enfant maigre, légèrement rachitique. Micro-poly-adénopathie. Râles de bronchite.

Réaction positive le 24 avril. Sortie le 30 avril 1912. *Très malade* le 29 mai.

OBSERVATION LXXIX

L... Madeleine, cinq mois. Entrée le 28 avril 1912. Diagnostic clinique : *Athrepsie. Tuberculose*.

Père bien portant. Mère tuberculeuse. Trois enfants bien portants. Un mort de gastro-entérite. Née à terme. Nourrie au biberon. Otite depuis quinze jours. Tousse et maigrit. Ne vomit pas, n'a pas de diarrhée.

Examen. — Enfant athrepsique. Micro-poly-adénopathie.

Respiration inégale. Quelques râles à la racine des bronches.

Réaction positive le 17 mai. *Décès* le 25 mai 1912. Pas d'autopsie (opposition).

OBSERVATION LXXX

C... Marguerite, six mois. Entrée le 14 mai 1912. Diagnostic clinique : *Hydrocéphalie. Méningite tuberculeuse?*

Mère bien portante. Père mort de tuberculose. Deux autres enfants : l'un mort quelques jours après sa naissance ; l'autre à un an de broncho-pneumonie. Née à terme. Nourrie au sein. Bronchites fréquentes. Depuis trois jours somnolence. Vomissements, pas de constipation.

Examen, 14 mai. — Hydrocéphalie. Strabisme. Convulsions. Paralysie de la nuque, de la vessie. Poses respiratoires, pouls irrégulier, inégal. Ponction lombaire : pas de culot.

23 mai. — Coma.

Réaction positive le 18 mai. *Décès* le 25 mai 1912. Pas d'autopsie (opposition par la mère).

OBSERVATIONS

De quelques intradermo-réactions négatives

OBSERVATION LXXXI

S... Jean, treize mois. Entré le 14 février 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose pulmonaire.*

Père, mère et un frère bien portants. Né à terme, élevé au sein. Depuis un mois, il tousse et présente de petits accès fébriles.

Examen. — Enfant amaigri et rachitique. Gros ventre. Facies tuberculeux. Ganglions multiples à tous les carrefours lymphatiques. Dyssimétrie respiratoire au niveau des hiles avec tonalités différentes à la percussion. Retentissement de la voix et de la toux au niveau du sommet droit, submatité de la fosse sus-épineuse. La respiration y est soufflante, sans râles. Température oscillante.

Intradermo-négative le 16 février quoique positive chez la mère. Nouvelle intradermo encore négative le 22 février. Sorti le 25 février 1910.

Enfant vivant en août 1911. Actuellement en Italie.

OBSERVATION LXXXII

L... Émilienne, un an. Entrée le 21 novembre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Huit autres enfants dont 7 morts en bas âge (1 de méningite ?). Née à terme. Première dent à six mois.

Examen, 22 novembre. — Raideur de la nuque. Inégalité pupillaire, strabisme. Ponction lombaire. Beaucoup d'albumine. Grosse lymphocytose.

24 novembre. — Tremblement des membres inférieurs.

25 novembre. — Indifférence. Paralysie faciale, contracture permanente des membres.

26 novembre. — La ponction lombaire ne donne plus de lymphocytose. Kernig et strabisme plus marqués.

Réaction négative le 23 novembre. *Décès* le 27 novembre 1910.

Autopsie. — Noyau caséeux à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche. Ganglions caséeux dans le médiastin. Lésions habituelles de méningite tuberculeuse au niveau de la base. Deux ou trois plaques de méningite corticale. Quelques granulations le long de la sylvienne.

OBSERVATION LXXXIII

C... Renée, deux ans. Entrée le 28 novembre 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose*.

Père bien portant. Mère tousse beaucoup. Deux autres enfants bien portants, un mort de méningite tuberculeuse.

Née à terme, nourrie au biberon. Coqueluche à dix-huit mois. Depuis elle tousse, maigrit, ne veut plus marcher.

Examen. — Enfant très maigre, facies hébété, indifférent. Micro-poly-adénopathie. Respiration inégale soufflante au hile droit, rude au sommet gauche.

Réaction négative le 1er décembre. Sortie de l'hôpital le 5 décembre 1910 en meilleur état.

Enfant à peu près abandonnée dès sa rentrée chez sa mère, n'ayant à manger que lorsque les voisins lui en apportaient. *Morte* deux mois après sa sortie.

OBSERVATION LXXXIV

B... Maurice, dix-sept mois. Entre le 20 mars 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Méningite tuberculeuse.*

Mère bien portante. Père atteint de bronchite chronique. Trois autres enfants, dont l'un mort de méningite.

Né à terme, nourri au sein. Première dent à sept mois. Coxalgie à un an. Rougeole compliquée de broncho-pneumonie il y a deux mois. L'enfant tousse depuis. Écoulement d'oreilles.

Examen, 21 mai. — Coxalgie gauche. Aspect cachectique. Abcès cutanés multiples. Ganglions durs. Au sommet droit signes d'induration. Réaction méningée légère.

Liquide céphalo-rachidien. Liquide clair. Beaucoup d'albumine. Lymphocytose très importante.

Réaction négative le 22 mai. *Décès* le 28 mai 1911.

Autopsie. — On ne trouve pas de chancre d'inoculation dans le poumon. Lésions de broncho-pneumonie aux deux bases. Quelques ganglions caséeux non ramollis dans le médiastin. Granulations sur le foie, la rate, les reins, les méninges.

OBSERVATION LXXXV

C... Auguste, dix mois et demi. Entré le 22 mai 1910, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose.*

Père et mère bien portants. Trois enfants bien portants. Deux morts de méningite. Un mort de broncho-pneumonie. Né à terme. Allaitement mixte. Gastro-entérite à deux mois; Tousse depuis huit jours et a de la fièvre.

Examen. — Broncho-pneumonie droite.

6 juin. — Encore quelques râles dans les deux poumons. Sorti le 12 juin. Ramené le 19 pour troubles digestifs.

1er juillet. — Poussée de fièvre. Peu de chose à l'auscultation.

6 juillet. — Broncho-pneumonie double.

Réactions négatives le 22 mai et le 19 juin. Décès le 14 juillet 1911.

Autopsie. — Broncho-pneumonie simple. *Pas de tuberculose.*

OBSERVATION LXXXVI

L... René, sept mois. Entre le 22 mai 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie. Tuberculose probable.*

Mère tousseuse, a eu une coxalgie. Trois enfants morts de broncho-pneumonie. Un autre toujours malade. Né à terme. Nourri au sein pendant deux mois, puis au biberon. Troubles digestifs fréquents.

Examen. — Broncho-pneumonie double.

Réaction négative le 23 et le 26 mai. *Décès* le 27 mai 1911.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques de tuberculose.

OBSERVATION LXXXVII

B... Jean-Marie, cinq mois. Entré le 12 juin 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie, méningite tuberculeuse*.

Parents bien portants. Né à terme, nourri au biberon. Tousse et a de la fièvre depuis plusieurs jours.

Examen. — Broncho-pneumonie double. Raideur de la nuque. Otite suppurée, diarrhée. Ponction lombaire : liquide clair, léger culot après centrifugation. Albumine en quantité supérieure à la normale. Lymphocytose modérée.

15 juin. — Selles sanglantes.

17 juin. — La réaction méningée persiste.

Réaction négative le 14 juin. *Décès* le 18 juin 1911.

Autopsie. — Broncho-pneumonie banale. Début de thrombose des sinus. *Pas de tuberculose.*

OBSERVATION LXXXVIII

D... Maurice, cinq mois. Entré le 18 juillet 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Trombose des sinus. Méningite tuberculeuse.*

Père et mère bien portants. Né à terme, nourri au biberon. Diarrhée et vomissements depuis trois jours.

Examen, 13 juillet. — Raideur de la nuque et des membres,

déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Asymétrie faciale. Ponction lombaire, liquide clair, un peu d'albumine. Lymphocytose légère.

22 juillet. — Mêmes signes. Brudzensky positif. Foie gros.

Réaction négative le 22 juillet. *Décès* le 26 juillet 1911.

Autopsie. — Pas de tuberculose. Pas de trombose des sinus. Congestion et œdème cérébral.

OBSERVATION LXXXIX

P... Louis, quinze mois. Entré le 18 août 1911, salle Bouchut. Diagnostic clinique : *Gastro-entérite, tuberculose.*

Père bien portant. Mère tousseuse. Né à terme. Nourri au biberon. Depuis un mois, diarrhée et vomissements. Il a beaucoup maigri.

Examen. — Enfant légèrement rachitique. Ventre un peu gros. Râles de bronchite. Sorti le 16 septembre en meilleur état. Rechute et rentrée le 21 septembre.

Réaction négative le 25 août. *Décès* le 11 octobre 1911. Pas d'autopsie (opposition).

OBSERVATION XC

R... Georges, onze mois. Entré le 4 septembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose.*

Père, mère et une sœur de trois mois en bonne santé. Né à terme. Nourri au biberon. Première dent à huit mois. Tousse depuis un mois et présente quelques légers troubles gastro-intestinaux.

Examen, 5 septembre. — Enfant pâle, légèrement rachitique. Adénopathie axillaire. Respiration éclatante partout.

30 octobre. — L'enfant a engraissé un peu. Rudesse respiratoire. Quelques frottements.

Réactions négatives les 7 et 18 septembre, 4 octobre et 2 novembre. Sorti le 4 novembre 1911.

Enfant *actuellement très bien portant* (juin 1912).

OBSERVATION XCI

D... Germaine, dix mois. Entrée le 26 septembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Tuberculose*.

Père bien portant. Mère morte à l'hôpital, probablement de tuberculose. Deux enfants morts de méningite. Deux autres bien portants. Troubles digestifs et toux depuis deux semaines.

Examen, 27 septembre. — Râles sous-crépitants. Souffle à la base droite.

8 octobre. — L'enfant continue à tousser et s'amaigrit.

20 octobre. — Purpura.

27 octobre. — Matité au hile droit. Submatité au hile gauche. Gros râles, presque gargouillements.

Réactions négatives le 30 septembre et le 31 octobre 1911. *Décès* le 27 octobre 1911.

Autopsie. — Infiltration nodulaire diffuse des deux poumons avec noyaux caséeux. Gros ganglions caséeux dans le médiastin.

OBSERVATION XCII

L... Georges, treize mois. Entré le 20 octobre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Méningite tuberculeuse.*

Mère chétive, père bien portant. Né à terme. Nourri au biberon. Première dent à cinq mois. Troubles gastro-intestinaux fréquents depuis trois mois.

Examen. — Raideur légère des membres inférieurs. Peau sèche, quelques troubles vaso-moteurs. Ponction lombaire : liquide clair, sans hypertension. Très rares lymphocytes. Très peu d'albumine.

21 octobre. — Convulsions.

Réaction négative le 4 octobre. *Décès* le 6 octobre 1911. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XCIII

C... Fernande, treize mois. Entrée le 30 octobre 1911, salle Parrot. Diagnostic clinique : *Ictère simple, tuberculose.*

Mère tuberculeuse. Née à terme. Nourrie au biberon. Bronchites et troubles digestifs fréquents. Depuis hier ictère, matières décolorées, pigments dans les urines.

Examen. — Rachitisme. Peau légèrement ichtyosique. Micro-poly-adénopathie. Ventre gros. Hernies inguinales.

6 novembre. — Râles éclatants à la base gauche.

8 novembre. — Les phénomènes bronchiques ont disparu.

Urines sans pigments. Les matières commencent à se recolorer.

Réaction négative le 3 novembre. Sortie le 16 novembre 1911. *Morte* le 18 avril 1912.

OBSERVATION XCIV

L... Louis, trois mois. Entré le 13 novembre 1911, salle Husson. Diagnostic clinique : *Broncho-pneumonie, méningite tuberculeuse*.

Père et mère bien portants. Né à huit mois. Sein pendant un mois, puis biberon par une nourrice. Revenu hier chez sa mère.

Examen. — Enfant abattu. Somnolent. Strabisme. Kernig. Raideur de la nuque. Contracture des membres supérieurs. Respiration soufflante et submatité à droite. Quelques râles.

Réaction négative le 15 novembre. Décès le 18 novembre 1911.

Autopsie. — Réaction méningée au cours d'une broncho-pneumonie. *Pas de tuberculose*.

CONCLUSIONS

1° La tuberculine, employée sous forme d'intra-dermo-réaction, possède une grande valeur diagnostique chez les nourrissons âgés de moins de deux ans.

Cette valeur diagnostique est prouvée par la concordance de ses résultats avec ceux que fournissent la clinique et les autopsies.

Ceci est vrai surtout lorsqu'il s'agit de réactions positives.

2° Elle garde sa valeur jusqu'à une période très avancée de la maladie, beaucoup plus longtemps que chez l'adulte.

3° Les enfants atteints de méningite tuberculeuse réagissent presque toujours, au début tout au moins, puisque sur 20 méningites tuberculeuses nous avons eu 17 réactions positives, dont le plus grand nombre trois, quatre et cinq jours avant la mort.

4° Les nourrissons ayant une réaction positive sont pour la plupart issus de souche nettement tuberculeuse et sont restés en contact avec leurs parents malades, d'où leur contamination.

5° La proportion des réactions positives augmente avec l'âge, de la naissance à deux ans.

6° Une réaction négative chez un nourrisson tuberculeux avéré annonce la mort à brève échéance.

7° Une réaction positive, par ce fait qu'elle prouve l'existence de tuberculose, implique un pronostic très grave chez les nourissons de un à deux ans, et presque sûrement fatal chez les nourrissons de moins d'un an.

Vu : le Président de thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages a consulter

Aptekmant. — Intradermo-réaction à la tuberculine. Thèse de Paris, 1909.

Banza. — Rivista medica del Urugay, décembre 1909.

Barbier et Lian. — Érythème noueux et intradermo-réaction à la tuberculine. Société médicale des hôpitaux, avril 1909.

Benker. — Les Réactions à la tuberculine et leurs valeurs comparatives comme moyen de diagnostic (Interstate medical journal, décembre 1911, vol. XVIII, n° 12, p. 1206).

Bernard (Léon) et Baron. — La Valeur pronostique des réactions cutanées à la tuberculine chez l'adulte (Presse médicale, 12 juin 1912).

Bernard (Léon) et Baron (L.). — Intradermo et cuti-réaction à la tuberculine. Société d'études scientifiques sur la tuberculose, 11 janvier 1911.

Bernheim-Karrer. — Correspondenzblatt fur Schweizer aertze, 1910.

Bouchard. — Intradermo-réaction chez les animaux. Académie des sciences, septembre, 1911.

Calmette. — Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine. Académie des Sciences, 17 juin 1907.

Calmette, Grisez et Letulle. — Observations sur la cuti-réaction à la tuberculine (Presse médicale, août 1911).

Chauffard, Troisier. — Érythème noueux expérimental par tuberculine. Soc. méd. des hôp., 1909.

Colm. — Berliner Klin. Wochenschrift.

Comby (J.). — Accident grave de l'intradermo-réaction à la tuberculine. Soc. méd. des hôp., avril 1911.

Dufour, Cottenot, et Meaux-Saint-Marc. — Bulletins et

mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 avril 1909.

Duval (Marguerite). — Contribution à l'étude de l'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1910.

Ferrand et Lemaire (Jules). — Étude clinique et histologique de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants (Presse médicale, n° 78, 28 septembre 1907).

Hamburger. — Beiblatt zù den Mitteil der Gessel (Innere Medizin und Kinderich in Vien, aprill 22, 1909, vol. VIII).

Hutinel. — Les Effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux (Semaine médicale, p. 117, 1895).

— Soc. méd. des Hôpitaux, mars 1895.

— Intradermo-réaction à la tuberculine d'après les recherches de Charles Mantoux (Tribune médicale, novembre 1909).

— Leçons cliniques de l'Hôpital des Enfants-Malades. Enseignement, 1909, 1910, 1911.

Lemaire (Jules). — Notes sur quelques points particuliers de la cuti-réaction à la tuberculine. Soc. de Biolog., 12 octobre 1907.

— Cuti-réaction, oculo-réaction. Injection de tuberculine. Soc. de Péd., 15 octobre 1907.

— De l'individualité propre de la cuti-réaction à la tuberculine. Soc. de Péd., novembre 1908.

— Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine, en particulier chez les enfants. Thèse de Paris, 1909.

Lemaire (Jules) et Parturier. — Recherches sur la cuti-réaction à la toxine diphtérique. Soc. de Péd., novembre 1908.

Lenenberger. — Beitrage zur flagentaren und kongetinalen Tuberkulose (Beitrage d. geburst a. Gynæk., n° XI, H. 3, 1910).

Lereboullet. — Les Réactions cutanées à la tuberculine : cuti-réaction, intradermo-réaction ; leurs résultats (Progrès médical, 1909, p. 87).

Lichtenstein. — Signification pronostique de la réaction de Pirquet dans la tuberculose pulmonaire (Hygæa, sept. 1910).

Macé de Lépinay. — Valeur comparative de la cuti et de l'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant (Soc. méd. des Hôpitaux, 1909, p. 680).

Mantoux. — Effet de la tuberculine concentrée en injections

intra-dermiques chez les enfants non tuberculeux. (C. R. de la Soc. de Biol., 1909, Bd. LXVII).

Marfan. — Comptes rendus de l'association française de Péd., oct. 1911, p. 248.

Milian. — Sur la cuti-réaction. Soc. méd. des Hôp., 28 juin 1907.

Moro et Doganoff. — Wien. Klin. Woch., 1er août 1907.

Moussu et Leplay. — Étude histologique de l'intradermo-réaction à la tuberculine (Bull. et Mém. des Soc. anat. de Paris, 1909, t. XXXIV, p. 748).

Nobécourt et Mantoux. — Ophtalmo et cuti-réaction dans la tuberculose expérimentale du lapin. Société de Biologie, 1907.

Nobécourt. — Société médicale des Hôpitaux, 16 mars 1909.

Nobécourt, Mantoux et Perroy. — Intradermo-réaction à la tuberculine chez le cobaye. Société de biologie, oct. 1909.

Nobécourt et Aptekmant. — Végétations adénoïdes, adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 26 mai 1909).

Nottmann. — Erfahrungen mit der von Pirquetschen Kutan, und Stichreaktion (Archif für Kinderh. Bd. LIII).

Paisseau et Tixier. — Fièvre typhoïde et intradermo-réaction à la tuberculine. Société de Biologie, 1909.

— Quelques remarques à propos de 1900 cas d'intradermo-réactions à la tuberculine chez l'enfant (Paris Médical, oct. 1911).

Péhu. — Les Réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant. Association française de pédiâtrie, octobre 1911.

Van Pirquet. — Dei diagnostische Wert der Kubtanen Tuberkulin reaktion bei der Tuberkulose des Kindesalters auf Grund von 100, sektionen (Wiener Klinische Wochenschrift, 19 septembre 1907).

Pla y Armengol. — Diagnostic precoz de la tuberculosis pulmonar. Barcelona, 1910.

— Sur la valeur clinique des réactions diagnostiques à la tuberculine (Presse médicale, octobre 1911).

Rosenfeld. — Uber spezifische Tuberkulin Diagnostic und Therapie (Deutche Aertze Ztg. Berlin, 1910, p. 385-390).

Sachs. — The diagnostic value of local Tuberculin reactions (Journal of amer. med. assoc., n° 56, 1911).

Schaw. — Archives of Pediâtries, 1908).

Sicard et Descomps. — Sous-cuti, cuti et ophtalmo-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Soc. méd. des hôp., 28 juin 1907.

Simon. — The newer tuberculin tests. Their diagnostic, pronostic and therapeutic values (Colorado méd. Denver, 1910, VII, p. 139-146).

Thibierge et Gastinel. — Reproduction expérimentale de certaines dermatoses de la série des érythèmes par l'injection intradermique de tuberculine et de divers sérums. Soc. méd. des hôp., avril 1909.

Villaret et Tixier (L.). — Le Diagnostic de la tuberculose par les méthodes d'investigation récentes et en particulier par les réactions à la tuberculine (Rev. de la tub., juin, juillet 1908).

Wilms. — Zur diagnostischen un prognostischen Bedentung des Pirquetschen Reaktion (Deut. med. Woch., sept. 1911).

Wolf Eissner. — Recherches expérimentales sur la cuti-réaction à la tuberculine. Soc. de méd. de Berlin, juin 1908.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, Rue Racine, Paris — 1581-12